



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ano letivo 2014/2015 – 4º Ano

Autor: Rilda Soares, Nº 2570

Mindelo, 2015

Escola Superior de Saúde
Licenciatura em Enfermagem – 4º Ano

Rilda Sofia Leston Soares

Assistência de Enfermagem ao doente Gastrectomizado:
Promoção do Auto Cuidado

Mindelo, julho de 2015

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para
obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem em Julho de 2015

***Assistência de Enfermagem ao doente Gastrectomizado:
Promoção do Auto Cuidado***

Discente:

Rilda Sofia Leston Soares

Orientadora:

Dra. Paula Brito

Mindelo, julho, 2015

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho de conclusão de curso de licenciatura em enfermagem toda a minha família em geral pelo apoio e carinho que disponibilizaram durante esses 4^a ano de curso.

AGRADECIMENTOS

Queria agradecer primeiramente a minha avó, Maria do Carmo e o meu pai, Roberto Soares, pelo empenho e carinho em mim depositado para conseguir chegar até aqui, pelo esforço, pelas sábias palavras ditas nas horas exatas porque sem eles não seria possível a realização do meu curso.

Todas as minhas tias que me ajudarem a realizar o meu curso.

Ao meu namorado Steven pelo carinho e demonstração de força e coragem e muito amor para vencer.

A minha irmã e os primos por todo o carinho e apoio.

A minha amiga Kelly que me ajudou nos meus trabalhos de curso.

As minhas colegas de curso que me apoiaram e dividiram comigo momentos de grande ansiedade na elaboração desse trabalho, (Suely, Eliane, Lavínia, Marlene, Sara).

A minha orientadora Dra. Paula Brito que se mostrou disponível, pela orientação pelo apoio e pela dedicação.

A enfermeira Iria pela dedicação, pelas orientações na elaboração desse trabalho.

Aos professores Suely e Jerícia que me ajudarem durante todo esse tempo na elaboração desse trabalho.

Agradeço a todo um muito obrigado!

RESUMO

A transição epidemiológica de Cabo Verde acompanha a tendência mundial, uma vez que verifica-se um aumento da incidência de doenças crónicas degenerativas em detrimento das infecto contagiosas. Nesses cenários, doenças como diabetes, hipertensão arterial, cancro de diversos foros tem ganhado cada vez mais espaço. Entre os principais tipos de cancro destacam-se as do trato gastroenterológico, o que torna-se usual encontrar nos dias de hoje utentes que foram submetidos a gastrectomia.

O tema do trabalho apresentado, abrange o conceito da Assistência de enfermagem ao doente gastrectomizado: promoção do auto cuidado. A escolha do tema vai de encontro ao interesse próprio, resultante de preocupações surgidas durante os ensinamentos clínicos e por ser um tema pouco explorado a nível nacional.

O objetivo geral do trabalho, consente em demonstrar a importância de assistência de enfermagem ao doente gastrectomizado sendo que, os enfermeiros, necessitam acompanhar esses utentes que se caracterizam fragilizados psicologicamente, e ajuda los principalmente na sua readaptação à dinâmica familiar.

Para a realização deste trabalho, recorreu-se a uma abordagem qualitativa de um estudo exploratória-descritivo. Como método para a recolha de informações, utilizou-se entrevista semiestruturada, numa amostra de 7 enfermeiros do serviço de cirurgia do hospital Batista Sousa.

Nas entrevistas feitas aos enfermeiros, foi possível perceber que a enfermagem assume um papel importante na promoção do auto cuidado. Constatou-se que cada um tem a sua forma de cuidar de um doente gastrectomizado, mas todos compartilham da mesma opinião que o mesmo necessita de um grande apoio psicológico.

Palavras-chave- Gastrectomia, doente Gastrectomizado, Intervenções de Enfermagem, Auto cuidado, Doença Oncológica.

ABSTRACT

The epidemiological transition of Cape Verde follows the world tendency, since there is an increased incidence of chronic degenerative diseases to the detriment of the infectious contagious. In these scenarios, diseases such as diabetes, hypertension, cancers of diverse types has been gaining more and more space. Among the main types of cancers highlights are of the gastroenterological tract, which becomes usual to find nowadays users who were submitted to gastrectomy.

The theme of the work presented, covers the concept of nursing care to the patient gastrectomized: promotion of self-care. The choice of the subject is due to self-interest resulting from concerns that arisen during clinical teaching and for being a theme little explored at national level.

The general objective of the work consents to demonstrate the importance of nursing assistance to the gastrectomized patient since nurses need to accompany these users who are psychologically characterized fragile and help them especially in their rehabilitation to the family dynamics.

In order to carrying out this work, was used a qualitative approach of an exploratory-descriptive study. As a method for gathering information it was used semi-structured interviews in a sample of seven nurses from the surgery service of the Hospital Baptista de Sousa.

In the interviews that were done to the nurses was possible to perceive that nursing plays an important role in promoting self-care. It was found that each one has its own way of caring for a gastrectomized patient but all share the same opinion that's it needs a great psychological support.

Keywords- Gastrectomy, Gastrectomized patient, Nursing Interventions, Self-Care, Oncological Disease.

LISTA DE ABREVIATURAS

AOP- Associação Oncológica Portuguesa

AVD- Atividade vida Diária

GI-Gastrointestinal

QV- Qualidade de Vida

MS-Ministério de Saúde

NANDA-North American Nursing Diagnostic Association

NS-Nasógastrica

UTI- Unidade Tratamento Intensive

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
PROBLEMÁTICA/ JUSTIFICATIVA.....	14
CAPITULO I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	18
1.1 Anatomia e Fisiologia de Estômago.....	19
1.2 Câncer do Estômago.....	20
1.2.1 Manifestações Clínicos.....	21
1.2.2 Diagnostico/ deteção e Tratamento.....	22
1.3 Gastrectomia.....	24
1.3.1 Indicações de Gastrectomia.....	25
1.3.2 Tipos de Gastrectomias.....	26
1.3.3 Complicações Precoces na Gastrectomia.....	27
1.3.4 Consequências Nutricionais na Gastrectomias.....	29
1.3.5 O Enfermeiro como Educador em saúde na Gastrectomia.....	32
1.4 Intervenção de Enfermagem ao doente submetido a Cirurgia Gástrica.....	34
1.4.1 Cuidados Pré- Operatório.....	34
1.4.2 Cuidados Pós-operatório.....	37
1.5 Enfermagem na promoção do Autocuidado/ Qualidade de vida do utente Gastrectomizado.....	44
CAPITULO II- METODOLOGIA DA PESQUISA.....	47
2.1 Tipo de Pesquisa.....	48
2.2 Instrumento de Recolha de Dados.....	49
2.3 Campo Empírico.....	50
2.4 População Alvo.....	51
2.5 Aspetos Éticos.....	51

2.6	Apresentação e Análise dos Resultados	52
2.7	Apresentação dos dados da Entrevista.....	52
3.1	Considerações Finais	62
3.2	Propostas.....	64
3.3	Referências Bibliográfica	65
3.4	Anexos.....	71

ÍNDICE DE ANEXO

Anexo 1- Pedido de Autorização.....	72
Anexo 2- Pedido de Autorização da Universidade do Mindelo	73
Anexo 3- Termo consentimento Informado	74
Anexo 4- Guião de Entrevista	75
Anexo 5 – Cronograma das atividades a serem desenvolvidas ao longo do estudo.....	78

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do plano curricular do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, como requisito de avaliação final do curso. Com este trabalho de investigação pretende-se desenvolver a construção de uma postura ideal perante a procura constante do saber científico ao longo da carreira académica e profissional com determinação, objetividade e clareza.

Neste sentido, para o presente trabalho monográfico, considerou-se pertinente realizar um estudo sobre a “Assistência de Enfermagem ao doente Gastrectomizado: Promoção do Auto Cuidado”.

A escolha do tema baseou-se na experiência que se obteve no decorrer dos ensinamentos clínicos frequentados. O trabalho aborda a Assistência de Enfermagem ao doente Gastrectomizado: a promoção do autocuidado que se constitui um tema relevante perante a complexidade de uma gastrectomia para um paciente oncológico.

Acredita-se que será de grande contribuição para o nosso País que permite atualizar e adquirir conhecimentos científicos sobre as intervenções de enfermagem na assistência ao doente gastrectomizado, direcionado para as complicações de natureza física, que frequentemente surgem no decorrer de sua internação.

O cancro é uma patologia que vem aumentando em Cabo Verde em número e complexidade. O cancro gástrico é reconhecido como uma doença crónica/ degenerativa cujo diagnóstico acarreta para o utente consequências psicológicas, uma vez que continua a ser fortemente associado a sentimentos de desesperança, medo, dor, morte...

O doente gastrectomizado fica mais suscetível à infeções, assim como afetações do seu estilo de vida psicossocial, por isso, a enfermagem tem uma função importante nomeadamente no que tange a promoção do auto cuidado pós cirúrgico, já que este se encontra numa posição privilegiada de contacto mais próximo com o utente.

O presente estudo está dividido em 3 grandes capítulos distribuídos:

Capítulo I- Apresenta o enquadramento teórico onde serão abordados os principais conceitos chave; de acordo com elementos de interesse que permitem melhor a compreensão como anatomia e fisiologia do estômago, onde fala-se do cancro de estômago, as respetivas manifestações clínicas, diagnóstico, deteção e tratamento. Na mesma linha teórica, vem a definição da gastrectomia, indicações de gastrectomia, os tipos de gastrectomia, as complicações precoces na gastrectomia, consequências nutricionais na gastrectomia, o enfermeiro como educador de saúde na gastrectomia. Depois vem as principais intervenções de enfermagem ao longo do percurso feito pelo utente gastrectomizado, desde o cuidado pré-operatório até aos cuidados pós-operatório e por último a enfermagem na promoção de autocuidado no utente gastrectomizado/qualidade de vida.

Capítulo II- Parte do trabalho onde é retratado os procedimentos metodológico para a realização deste trabalho.

Onde definimos o tipo de pesquisa, instrumento de recolha de dados, campo empírico, a população alvo, aspetos éticos e apresentação e análise dos resultados.

Capítulo III- Apresenta a parte das considerações finais que permite avaliar o estudo em si e as limitações e sugestões.

Quanto à metodologia de investigação, trata-se de um estudo exploratório descritivo inserido numa abordagem qualitativa, baseada no levantamento bibliográfico feito através de livros, protocolos, documentos técnicos, revistas científicas e teses.

Seguido da aplicação de uma entrevista com uma amostra de 7 enfermeiros do serviço de cirurgia do Hospital Batista de Sousa.

PROBLEMÁTICA/ JUSTIFICATIVA

A escolha do tema surgiu durante o período de ensino clínico em que vai de encontro ao interesse pessoal. A curiosidade despertada durante os ensinamentos deve-se não só às expectativas da prática deste tema, como também à experiência vivenciada durante a mesma.

Faz-se necessário realçar a importância da assistência de enfermagem ao doente gastrectomizado: promoção do autocuidado, porque essa assistência de enfermagem revela-se imprescindível para o acompanhamento a esses utentes que se caracterizam como doentes fragilizados psicologicamente e principalmente a sua readaptação na dinâmica familiar.

É nessa fase que entra o papel de enfermagem ao promover o autocuidado ao doente gastrectomizado e ensiná-lo a aceitar o seu novo estilo de vida.

A transição epidemiológica de Cabo Verde acompanha a tendência mundial, uma vez que verifica-se um aumento da incidência de doenças crónicas degenerativas em detrimento das doenças infecciosas e contagiosas. Nesses cenários doenças com diabetes, hipertensão arterial, cancro de diversos tipos têm ganhado cada vez mais espaço. Entre os principais tipos de cancro destacam-se os do trato gastroenterológico o que torna-se usual encontrar nos dias de hoje utentes que foram submetidos a gastrectomias.

Segundo Ministério de Saúde (MS) de Cabo Verde (2010, s/p.), “ os tipos de neoplasias que mais afetam a população cabo-verdiana são os tumores de estômago (14.1%), dos brônquios/ pulmões (10.6%) e os tumores malignos da próstata (10.2%) ”.

É nesse sentido que Semedo (2011, p. 37) afirma que “a incidência do cancro em Cabo Verde acompanha a tendência mundial, caracterizada, pelo aumento da esperança média de vida e consequentemente o envelhecimento populacional. Esta também é influenciada pela adoção de estilos de vida não-saudáveis, pela urbanização descontrolada e novos padrões de consumo.”

Este cenário não difere muito da encontrada noutros pontos do mundo uma vez que atualmente, a doença oncológica, vulgarmente conhecida por cancro, “ trata-se de uma patologia cuja incidência global está a aumentar de um modo inquietante, sendo um dos principais problemas de saúde enfrentados neste novo século” (Patrão e Leal, 2004, p. 53).

Na mesma ordem de pensamento e segundo Pimentel (2003, p.124) a partir do século XX, “as doenças crônicas tornaram-se os principais problemas de saúde: persistem, recidivam e requerem terapêuticas por longos períodos. O cancro deixou de ser uma doença rapidamente fatal e dura meses ou anos, com tratamentos complexos”.

Phipps, Sands e Marek (2003, p.1495), colaboram dessa ideia e defendem que “ (...) a sua causa é desconhecida, mas está relacionada com a ação combinada de fatores ambientais tais como tabagismo, as dietas ricas em nitratos e pobres em frutas e vegetais e a vulnerabilidade genética.”

Para Linhares, Lourenço e Sano, (2005, p.804):

O câncer gástrico é a neoplasia maligna que ocupa uma das principais causas de morte por câncer do mundo. Durante muito tempo, o câncer gástrico foi considerado uma doença incurável, pois pouco podia ser realizado para mudar a sua evolução, uma vez que a terapêutica, era suplantada por resultados despotadores. Atualmente, a cirurgia é a principal terapêutica para o câncer de estômago, sendo que a gastrectomia subtotal ou total associada a retirada de linfonodos é o principal tratamento a ser utilizado, tanto como medida curativa quanto paliativa.

Para Baggio, Teixeira e Portela (2001, p.84), essa cirurgia:

É um procedimento de grande complexidade, que poderá trazer consequências para o paciente. Além de reações psíquicas, existem as modificações que são realizadas em seu corpo, o que faz com que seja necessário uma adaptação e um preparo para o retorno a sua vida, social, profissional e de lazer. Entretanto, na prática assistencial, percebe-se que nem sempre os pacientes estão preparados para enfrentar a complexidade da cirurgia e as mudanças que ela promoverá em seu corpo e, até mesmo, em suas vidas.

Ainda neste sentido Mendonça, Gagliardo e Ribeiro, (2008, p. 19) frisam que “o único tratamento curativo, eficiente, é a ressecção, que é a cirurgia na maior parte dos casos, e sabe-se que a desnutrição está presente na grande maioria dos indivíduos, tornando importante a terapia nutricional no pré e nos pós- operatórios”.

Robalo, (2005, p.38) colabora dessa ideia e afirma que um utente com carcinoma gástrico é “ frequentemente, um individuo emagrecido, com alterações no estado de nutrição e hidratação, manifestando transtornos alimentares, sendo o momento de alimentação simultaneamente angustiante e de revolta, dada esta incapacidade”.

No pensamento de Tyrvaínen, (2008, p.121) muitos pacientes apresentam uma variada sintomatologia após a gastrectomia, tais como: “Disfagia, número reduzido de refeições diárias, perda de peso, fraqueza, cólicas, dor abdominal, dentre outros, impactando diretamente em sua capacidade de completar as AVD (atividades da vida diária), socializar, manutenção da vida sexual, desenvolver funções físicas, além de manter equilíbrio mental e emocional”.

E nesse sentido esse mesmo autor, refere que:

A orientação e o acompanhamento do paciente que vivenciará o processo cirúrgico devem visar o seu preparo, por meio de esclarecimento de dúvida e o oferecimento de informação necessária para o enfrentamento de possíveis situações que serão experienciadas. Neste cenário, a enfermeira possui papel fundamental junto a equipa multidisciplinar, pois pode proporcionar orientações sobre adaptações necessárias a nova condição de vida, olhando para cada paciente de forma particular.

A modificação da imagem corporal do gastrectomizado pode leva-lo ao isolamento social até mesmo a dificuldades relacionados com a sexualidade, já que o seu corpo passa por modificações e ficará exposto frente a seu parceiro.

Segundo Papínio (2001, p.80), “ o cancro de estômago e o tratamento através da realização de cirurgia influenciam diretamente o autocuidado, na medida em que existe uma dificuldade ou incapacidade em se alimentar, quer pela alteração do trajeto dos alimentos após a cirurgia”.

Os enfermeiros ao cuidar de um utente gastrectomizado tem que ter um processo de educação para a saúde para o autocuidado que contribui para o equilíbrio emocional do utente e da sua família, melhorando assim a sua qualidade de vida. É nessa fase que entra o papel importante de enfermagem que conheça o processo de adaptação vivenciada pelo utente/ família podendo estimular e auxiliar para a participação nesses espaços de apoio.

Então é nessa fase é que entra o papel essencial de enfermagem junto com a família para dar todo o apoio psico-emocional para que os pacientes estejam preparados para o retorno a uma nova vida.

É nesta ótica que consideramos bastante importante pertinente trabalhar esse tema, almejando dar o nosso contributo para que todos os interessados nesta área compreenda o cuidado a importância da enfermagem no tratamento ao doente gastrectomizado.

Gritem e Meter, (2006, p.15), complementam ainda defendendo que:

Dentre as competências da enfermeira, a orientação é um cuidado de enfermagem imprescindível que pode assegurar o bem-estar e a adequação do paciente á sua condição de saúde, seja ela temporária e caracterizada pelas alterações orgânicas que compreendem os períodos pré, trans e pós operatórios ou permanente, representada pelas limitações que o procedimento cirúrgico gerou. Para tanto a enfermeira necessita conhecer o paciente, buscar obter informações que possibilitarão detetar problemas ou alterações relacionadas aos seus aspetos bio-psico-sócio espirituais e assim poder diagnosticar, planejar e avaliar a assistência de enfermagem a ser prestada.

Para a realização deste trabalho traçamos a seguinte pergunta de partida: **Qual a assistência de enfermagem na promoção do auto cuidado ao doente Gastrectomizado?**

Tendo em conta que os objetivos são consumados com o intuito de clarificar aquilo que pretendemos fazer dando mais compreensão, autenticidade a pesquisa em causa, estabelecemos os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

- ✓ Descrever o contributo da Assistência de enfermagem na promoção do auto cuidado ao doente gastrectomizado.

Neste sentido, para melhorar e estruturar a pesquisa delineada para este estudo, traçamos os seguintes:

Objetivos Específicos

- ✓ Caracterizar o doente gastrectomizado;
- ✓ Identificar as Intervenções de enfermagem ao doente gastrectomizado;
- ✓ Compreender o contributo de enfermagem para incentivar o autocuidado do doente gastrectomizado.

CAPITULO I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste presente capítulo pretende-se clarificar alguns elementos conceptuais associados ao tema. Apresenta como principais conceitos: Anatomia fisiologia do Estômago, Câncer do Estômago, Manifestações Clínicas, Diagnostico/ detecção e tratamento depois insere-se no conceito principal do trabalho, Gastrectomia na qual será feito uma explanação concisa sobre as, Indicações da Gastrectomia, Tipo de Gastrectomia, Complicações Precoce na Gastrectomia, Consequências Nutricionais, Enfermeiro como Educador na Gastrectomia, Intervenções de Enfermagem ao doente submetido a cirurgia gástrica por fim a Enfermagem na promoção de Autocuidado.

1.1 Anatomia e Fisiologia de Estômago

No pensamento de Nunes e Pimenta (2008, p.18), “o trato digestório consiste em um tubo oco que vai da cavidade bucal ao ânus, também chamado de canal alimentar ou trato gastrointestinal, sendo suas estruturas: boca, faringe, esófago, estômago, intestino delgado, intestino grosso, reto e ânus”.

Na mesma ordem de pensamento e segundo Philips, Sands e Marek, (2003, p.1408), “o estômago tem grosseiramente a forma de um J e está situado no abdómen superior á esquerda da linha média. Está colocado á esquerda do fígado, á direita do baço e atrás de ambos os órgãos. É uma bolsa muscular cuja forma se altera com o seu conteúdo. As 3 principais regiões são o fundo, o corpo e o antro”.

Ainda nesse sentido que Nunes e Pimenta (2008, p. 18):

“O estômago constitui uma parte do sistema digestório localizado na parte superior da cavidade abdominal, logo abaixo do diafragma, que exerce um papel central no processo de digestão dos alimentos. Consiste em uma dilatação do tubo digestivo que se inicia após o esófago; é um órgão móvel, facilmente dilatável, sem porção fixa, com forma de um saco, que se assemelha a letra j”.

Para Cisternas e Douglas, (2004, p.24), o estômago “apresenta-se alta distensão, com capacidade de 1 a 2 litros, que pode chegar até 4 litros; quando vazio possui um volume de apenas 50 mililitros, sendo dividido em diferentes setores (cárdia, fundo, corpo, antro, piloro) ”.

Segundo Guyton e Hall, (2011, p. 30), “o segmento superior tem maior volume, denominado porção vertical, que por sua vez, compreende 2 partes superpostas: a grande tuberosidade (no alto) e o corpo do estômago (abaixo), que finaliza pela pequena tuberosidade”.

Ainda nesse sentido esse mesmo autor refere que, “o segmento inferior, chamada porção horizontal, separa-se do duodeno pelo piloro, que consiste em um esfíncter. A borda direita (Côncava) denomina-se pequena curvatura; a borda esquerda (convexa) chama-se grande curvatura. O orifício esofágico do estômago constitui o cárdia”.

Na mesma ordem de pensamento e segundo Cisternas, Douglas (2004, p. 14) “sua mucosa contém dois tipos de glândulas gástricas: as pilóricas, que secreta muco, pepsinogenio, e gastrina, e as fundias (ou oxínticas) que secreta acidoclorídico (HCL), pepsinogenio, fator intrínseco e muco”.

O bolo alimentar permanece por até quatro horas ou mais no estômago. Conforme vai sendo misturado ao suco gástrico, com o auxílio das contrações da musculatura estomacal, modifica-se em uma massa cremosa acidificada e semilíquida, o quimo. Lentamente, passando pelo piloro, o quimo vai sendo liberado no intestino delgado, onde se dá a maior parte da digestão (*Ibidem*).

1.2 Câncer do Estômago

A abordagem do cancro de Estômago é importante para percebermos o porque da realização de uma gastrectomia que não é só pelo cancro de estômago que realizamos a gastrectomia mas também o cancro de esôfago mas o cancro de estômago é uma das principais causas desta opção cirúrgica.

Segundo Coimbra (2012, p.12), “o quarto tipo mais comum de câncer no mundo é o gástrico, sendo que o único tratamento adequado de cura para a doença consiste na gastrectomia, com remoção total do estômago ou partes do mesmo”.

Linhares, Lourenço e Sano, (2005, p.807.), por um longo período:

Considerou-se o câncer estômago como uma doença incurável, com poucas coisas a serem realizadas para alterar seu desenvolvimento, posto que a terapêutica era superada por resultados pífios. Recentemente, a cirurgia tornou-se a terapêutica fundamental para essa neoplasia, com a gastrectomia subtotal ou total unificada á retirada de linfonodos constitui o principal tratamento empregado, tanto curativamente quanto paliativamente.

1.2.1 Manifestações Clínicas

Phipps, (2007, p.125) refere que:

Esta patologia tem um início insidioso, “em que mais de 80% dos doentes se apresentam totalmente assintomático, todavia, com a evolução da mesma podem surgir sinais e sintomas como: dispepsia, saciedade precoce, enfartamento, anorexia, epigastrialgia ou sensação de ardor, náuseas ligeiras, perda de peso que pode ser rápida e acentuada, fadiga, e fraqueza. É ainda comum a ocorrência de anemia crónica por perdas hemáticas e a existência de sangue oculto nas fezes.

Na mesma ordem de pensamento segundo Schafer e Menche, (2004, p.220), não existem sintomas característicos do cancro do estomago, “o quadro clinico de um carcinoma gástrico não é muito diferente do de qualquer outra patologia gástrica benigna. O doente portador de carcinoma gástrico permanece assintomático durante muito tempo, ou apresenta sinais pouco específicos”.

Um dos aspetos mais frustrante do cancro gástrico, “é que este não apresenta sintomas. A maioria dos doentes apresentam doença localmente avançada ou metastáticas. Os sintomas são vagos e podem permanecer por vários meses,” (Shirley e Otto, 2000, p. 162).

Para esses mesmos autores, as dores nas costas podem indicar que o cancro envolveu o pâncreas. O vômito após as refeições. Verifica-se nos tumores obstrutivos do terço médio e das regiões pilóricas do estômago. As hematémeses ocorrem ocasionalmente, mas podem indicar leiomiiossarcoma gástrico. Massa palpável na parte superior do abdómen, aumento do tamanho do fígado e presença de íngua na área inferior esquerda do pescoço e nodulas ao redor do umbigo indicam estágio avançado da doença. (*Ibid.* P. 163).

Schafer e Mencher (2004, p. 220) acrescenta que, “quando o tumor se localiza à entrada do estômago, há disfagia, quando se localiza a saída, surgem alterações do esvaziamento gástrico, com sensação de enfartamento e por vezes vômitos (hematémeses). As perdas de sangue crónicas (melena) podem provocar anemia, com a sintomatologia correspondente”.

1.2.2 Diagnóstico/ detecção e Tratamento

A prevenção da doença passa pelo aconselhamento sobre o consumo de álcool, de tabaco e pela educação dos doentes sobre os fatores de risco. Estes doentes devem ser avaliados imediatamente de forma a diagnosticar qualquer cancro presente, tao cedo quando possível.

Para Shirley e Otto (2000, p. 162), um dos métodos chave para a prevenção do cancro do estômago passa pela dieta alimentar:

“A alimentação aconselhada para a prevenção do cancro gástrico deve enfatizar a importância do consumo de uma dieta equilibrada, rica em frutas frescas e vegetais, moderando-se na quantidade de proteínas animais e gorduras. Os alimentos salgados, fumados e avinagrados, devem ser consumidos em pequenas quantidades”.

É, no entanto importante, “ identificar as pessoas de alto risco e segui-las através de exame endoscópicos anuais. Os grupos de alto risco incluem doentes com gastrite atrófica, anemia perniciosa, metaplasia intestinal, pólipos gástricos ou hipogamaglobulinemia familiar após cirurgia ou displasia” (*Ibidem*).

O diagnóstico do carcinoma gástrico “é realizado em 50% dos casos numa fase já muito disseminada da doença e com base na história clínica do doente, do seu exame físico e posterior realização de exames auxiliares de diagnóstico, de entre os quais a endoscopia digestiva alta constitui o método de eleição, pois para além da visualização direta do tumor, permite a realização de biopsia” (Robalo, 2006, p. 28).

Segundo Queiroca (2006, p. 14) os exames mais utilizados são:

A endoscopia digestiva alta, o método mais eficiente, e o exame radiológico contrastado do estômago. A endoscopia permite a avaliação visual da lesão, a realização de biópsias e a avaliação citológicas. Nesse exame, um tubo flexível de fibra ótica ou uma microcâmara, é introduzido pela boca e conduzido até o estômago. O exame é realizado sob a sedação e com anestesia da garganta, para diminuir o desconforto.

Na radiografia contrastada do estômago, os raios-x delineiam o interior do esôfago e estômago e o médico procura por aéreas anormais ou tumores. Grande parte dos casos de câncer de estômago é diagnosticada em estágio avançado porque não há sintomas específicos, principalmente nas fases iniciais. E também é capaz de identificar o local da lesão e, com técnicas especiais de compreensão, deteta depressões e elevações da mucosa gástrica. (*Ibidem*).

Para Odgen (2004, p.27), após o diagnóstico a pessoa vai passar por várias fases quando diagnosticado com o cancro de estômago nomeadamente:

- ✓ **Negação**- em que existe uma recusa em aceitar a realidade, o utente tenta por tudo negar o diagnóstico, seja que o tumor regreda ou não evolua para que assim possa controlar a sua via;
- ✓ **Revolta e projeção**- instala-se após a fase de negação, é uma fase em que o individuo se questiona, “ porque eu? pode surgir uma revolta em relação a equipa médica e de enfermagem. Normalmente esta ligada a sentimentos de frustração e de impotência para controlar a sua própria vida;
- ✓ **Depressão**- normalmente aparece quando o utente já não consegue negar a sua doença e surge a recidiva. A raiva cede no lugar de resignação, o utente passa a estar triste, calado pouco ativo;
- ✓ **Resignação**- existem poucos utentes que resistem a estas fases. Normalmente os que atingem referem que tem a sensação de dever cumprido.

O mesmo autor refere que é evidente estas fases não são absolutas ou estanques, pois os doentes não passam, nem a vivencia da mesma forma, alguns nem sequer passam por elas. Na adaptação ao diagnóstico os doentes podem experimentar e vivenciar múltiplos sentimentos e emoções como: ansiedade, desespero, medo. A ansiedade pode persistir durante todo o tratamento, embora possa apresentar níveis de flutuação.

A confrontação com o diagnóstico do cancro de estômago repercute com intensa violência para a pessoa, nesta fase o utente deve ser auxiliado quando ao tratamento a seguir de modo que as suas decisões sejam com base em informações detalhadas.

A intervenção de enfermagem, fornecendo estratégias para favorecer o processo de aceitação do diagnóstico para o possível tratamento. O apoio emocional é sem dúvida importante para a pessoa, pois permite que este expresse seus sentimentos e dúvidas e permite concomitantemente uma maior adaptação ao diagnóstico.

Segundo Otto (2000,p. 119), o enfermeiro deve:

- ✓ Explicar as propostas dos procedimentos, sua preparação e justificação das etapas requeridas para do diagnóstico;
- ✓ Fornecer literatura informativa quando apropriado;
- ✓ Dar oportunidade ao utente de falar sobre os seus medos e conceitos relacionados com o possível diagnóstico;
- ✓ Explicar os cuidados após os procedimentos,
- ✓ Encorajar o utente a ser acompanhada de um familiar, amigos ou outros significativos quando vier para ser informado dos resultados dos exames;
- ✓ Estar presente se possível quando for comunicado ao utente os resultados da biopsia.

1.3 Gastrectomia

Rothrock (2008, p.329), define que a gastrectomia, “ é a abertura da parede anterior do estômago por meio de uma incisão abdominal paramediana esquerda e exploração do interior. Em geral, esse procedimento é realizado para explorar quanto a sangramento do trato gastro intestinal (GI) superior, efetuar uma biopsia de tecido ou remover uma lesão gástrica ou corpo estranho”.

Na mesma ordem de pensamento segundo Jesseph (2007,p. 839) a gastrectomia “ é um procedimento cirúrgico que estabelece o acesso á luz do estômago através da parede abdominal. As vias de acesso habitualmente empregadas para a realização da gastrectomia são: laparotomia, endoscopia e laparoscopia”.

Ainda nesse sentido Papini, Burini (2004, p.15), a gastrectomia “consiste em um procedimento cirúrgico que retira parte ou todo o estômago e que pode ser concretizado para tratamento de determinadas doenças como tratamento de obesidade, tumores benigno e câncer gástrico”.

A gastrectomia faz parte de um tratamento cirúrgico em que:

Os cuidados no pós-operatório, após a cirurgia gástrica, concentram-se em promover a ventilação, promover a nutrição, proporcionar conforto e ensinar os autocuidados. A síndrome dumping é uma complicação pós-operatória, que resulta da rápida entrada de quimo hiperosmolar, diretamente no jejuno. Há também um aumento súbito da glicemia (por absorção da glucose) seguida de hipoglicemia. A terapêutica consiste de uma dieta hipocalórica, moderada de lípidos e hiperproteica, com restrição de líquidos entre as refeições (Phipps *et al*, 2003, p.1495).

1.3.1 Indicações de Gastrectomia

Descompressão Gástrica-

Pode ser obtida por meio de gastrectomia temporária, recomendada ocasionalmente, como complemento de operações abdominais de grande porte para as quais se prenuncia estase gástrica, “ íleo adinâmico” prolongado e fistula digestivas. O procedimento é indicado em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, psicóticos, agitados e idosos onde se deseja evitar o desconforto e os riscos do emprego de sonda nasogástrica. Como exemplo, a gastrectomia pode ser realizada em complemento á duodeno pancreatectomia cefálica com preservação do piloro. Trata-se de uma operação de grande porte, habitualmente, empregada para tratamento das neoplasias ampolares e periampolares, e que cursa com retardo do esvaziamento gástrico em 20 a 40% dos pacientes (Raty, Lantto, Nordback, 2006, p. 1131).

Alimentação:

Temporária- indicada quando o acesso ao trato digestório está temporariamente prejudicado para recuperação e manutenção do estado nutricional estenose cáustica, câncer do esôfago e megaesôfago e, eventualmente, no coma prolongado (Jimenez, Fernández, Rattner, 2003, p. 50).

Definitiva:

Como terapêutica paliativa em pacientes portadores de neoplasia maligna irresssecável da faringe e do esôfago, para os quais não há condições favoráveis de intubação transtumoral, por via endoscópica ou cirúrgica. As doenças neurológicas: demências, esclerose amiotrófica lateral, sequelas de acidente vascular cerebral, doença de Parkinson e outras que afetam a motilidade da língua, da faringe e do esôfago e comprometem a deglutição e o apetite também representam um grupo com indicação cada vez mais frequente de gastrostomia definitiva (*Ibidem*).

Gastrectomia endoscópica percutânea- o uso prolongado da sonda nasoenterica pode levar a complicações como lesões de asa nasal, sinusite crônica, refluxo gastro esofágico e pneumonia aspirativa. A gastrectomia cirúrgica representa uma alternativa para minimizar essas complicações e manter uma via de alimentação enteral de longa duração. É considerado um método efetivo em promover nutrição enteral nos pacientes que possuem o trato digestivo funcional, mas por alguma razão, estão impossibilitados de manter ingestão oral adequada (Kurien, Westaby, 2010, p. 2414).

1.3.2 Tipos de Gastrectomias

O único tratamento, potencialmente curativo, câncer gástrico é a ressecção cirúrgica, “o procedimento de escolha depende da localização e da extensão do tumor. A maioria dos cirurgiões efetua a gastrectomia subtotal ou parcial e tenta remover todo o tumor” (Phipps, Sands e Marek, 2003, p. 1486).

1. **Gastrectomia Subtotal ou Parcial-** uma gastrectomia Billroth I é a ressecção de uma parte doente do estômago através de uma incisão abdominal paramediana direita ou na linha mediana e o estabelecimento de uma anastomose entre o estômago e o duodeno. Ela é realizada para remover uma lesão benigna ou maligna localizada no piloro, ou na metade superior do estômago. Uma das várias técnicas pode ser seguida para estabelecer a continuidade GI, incluindo a de Schoemaker, von Haberer-Finney e outras modificações do procedimento Billroth I, (Rothrock, 2008, p. 331).
2. **Gastrectomia Total-** é a remoção completa do estômago e o estabelecimento de uma anastomose entre o jejuno e o esôfago (esofagojejunostomia). Ela pode incluir uma enteroenterostomia, se indicada. A gastrectomia total é feita com intenção curativa ou como um procedimento paliativo para remoção de uma lesão maligna do estômago e metástase nos linfonodos adjacentes (*Ibid*, p. 332).

1.3.3 Complicações Precoces na Gastrectomia

O aparecimento das complicações tardias faz com que o enfermeiro tem que reforçar os ensinamentos feitos anteriormente, controlando os sinais e sintomas e prevenindo agravamento das complicações no pós-operatório.

Segundo Santos e Luís (2002, p.12):

O paciente submetido à gastrectomia também pode apresentar quaisquer das complicações de um procedimento cirúrgico. Afora os cuidados pós-operatórios costumeiros, o profissional de enfermagem deve ficar atento as complicações imediatas como distensão abdominal, obstrução intestinal, hemorragias e deiscência da linha de sutura, além de avaliar se ocorrem complicações cirúrgicas gerais, tais como: choque, problemas pulmonares, trombose, evisceração, íleo paralítico e infeção.

Neste sentido Phipps *et al* (2003, p.1488), “a gastrectomia subtotal está associada a uma variedade de complicações digestivas, que podem provocar ao doente significativos problemas na alimentação, no estado nutricional e na manutenção de um peso corporal estável”. A enfermeira ajuda o doente a perceber as fases nas complicações fisiológicas destas complicações e adequadas alterações na dieta e no estilo de vida, para minimizar a sua gravidade.

Segundo estes mesmos autores a hemorragia no local da anastomose é um problema frequente. Algumas vezes desaparece espontaneamente. Os períodos de maior risco são as primeiras 24 horas após a cirurgia e também entre o quarto e o sétimo dia, quando a não cicatrização se torna aparente. A enfermeira vigia cuidadosamente a drenagem da sonda NG em relação ao sangue e evita irrigar ou reposicionar a sonda, a não ser que seja especificamente específico.

No mesmo sentido, Black e Jaobs, (2008, p. 16), o paciente, no decorrer do período pós-operatório, “fará uso de uma sonda nasogástrica visando prevenir a retenção de secreções gástricas, que deverão ser mantidas na mesma posição, abertas em drenagem por gravidade. Não haverá episódios de náuseas e vômitos se a sonda nasogástrica estiver desobstruída. Proceder-se à ausculta de 8 em 8 horas dos ruídos hidroaéreos, para aferir o retorno da atividade intestinal normal”.

Segundo esses mesmos autores o que destacam como sendo as complicações oriundas dos pós- operatório de gastrectomia são elas: úlceras marginais, hemorragias, gastrite por refluxo alcalino, dilatação gástrica aguda, problemas nutricionais (Síndrome de Dumping), fistula gastro jejuno, edema, deiscência muco cutâneo, dermatite periestomal muco cólica e obstrução pilórica, causadas por:

- ✓ Hemorragias- habitualmente ocasional por uma lesão esplênica ou pelo desligamento de uma ligadura.
- ✓ Dilatação gástrica- há uma sensação de plenitude, soluços ou vômitos que apresentam melhora após desobstrução ou introdução de uma sonda nasogástrica.
- ✓ Obstrução pilórica- manifesta-se por meio de vômito e sobrevém no piloro, sendo secundários à fibrose, edema, inflamação ou uma combinação destes eventos.
- ✓ Edema- é uma complicação comum é devido a resposta da inflamação fisiológica, diminui ao longo dos dias, e pode ser aconselhado aplicação de compressas com soro fisiológico frio e adequar o tamanho do dispositivo para evitar aparecimento de úlceras na mucosa por pressão.
- ✓ Deiscência muco cutâneo- por uma tensão excessiva a nível da sutura mucocutâneo por uma inadequada cicatrização intestinal, provocando um deslizamento do intestino para o interior da cavidade abdominal pode ser necessário uma correção cirúrgica ou em caso de utentes idosos, onde a pele é flácida e não possui consistência para uma nova cirurgia, simplesmente são suturados pontos de fixação do estoma a pele e é feita uma contensão com cinta abdominal para aproximação dos bordos e favorecer a cicatrização por segunda intenção.
- ✓ Dermatite periestomal- é a causa principal da perda da integridade da pele periestomal, sendo por dermatite irritativa ou de contato (contato com o efluente, sudorese ou adesivos), por reação alérgica (material plástico do dispositivo, produtos de higiene e adesivo) ou por traumatismo (lesão causada por remoção brusca do dispositivo).

Segundo Bartmann, (2010, p. 12), “outra complicação consiste no íleo paralítico, que surge quando a atividade motora do trato gastrintestinal não retorna a normalidade, fase ao trauma cirúrgico ou escoamento do teor gástrico na linha de sutura, podendo ocorrer também na presença de hipocalemia”.

1.3.4 Consequências Nutricionais na Gastrectomias

Constatamos que pela importância das funções mecânicas e químicas do estômago a nível do trato gastrointestinal, após a gastrectomia esperam-se consequências nutricionais, agudas ou crônicas, fase aos mecanismos já referenciados, sendo estas perfeitamente prognosticáveis, contudo inevitáveis.

Para, Bradley, Isaac, Hersch, Davidson e Milikan, (2000, p.182), as causas de desnutrição após a gastrectomia:

“ Não estão determinados, mas sabe-se que os mecanismos que levam à mesma são multifatoriais: ingestão calórica inadequada, insuficiência pancreática exócrina, assincronismo entre alimentos e o suco pancreático secreta do, super crescimento bacteriano, alterações na mucosa intestinal, tempo de trânsito intestinal, reduzido e progressão da doença maligna em doentes gastrectomizado.”

Para Faintush, (2002, p. 2), os sinais e sintomas relacionados com o estado nutricional, mais comumente observados nos doentes gastrectomizado são: “anorexia, diarreia, síndrome de dumping (precoce e tardio), perda de peso, anemia e mal absorção”.

Anorexia- Em muitos doentes, a ingestão alimentar torna-se insuficiente podendo atingir cerca de 15% da mesma. Vários autores demonstram que a diminuição da ingestão alimentar dos doentes gastrectomizado está relacionada com o receio de comer, como o meio de evitar os sintomas pós-prandiais que normalmente apresentam: plenitude e distensão gástrica, diarreia, dor abdominal, sudorese, taquicardia, hipoglicemia, saciedade precoce e disfagia (Jurgen,2004, p.18).

Perda Peso- De acordo com Curran (2000, p.1015), “ a perda de peso corporal ocorre antes da cirurgia, sendo comum na admissão hospitalar. A perda de peso é a expressão direta do *deficit* energético, pela diminuição de ingestão alimentar, podendo estabilizar alguns meses após a cirurgia, mas permanecer ainda abaixo do peso existente no período pré-operatório”.

Encontra-se descrito que cerca de, “35% dos doentes gastrectomizado perdem peso nos pós- operatório precoce e durante os primeiros 3 meses. A não recuperação total do peso, está diretamente relacionado com a redução da ingestão alimentar e a má absorção de nutrientes, associadas á consequências da progressão da doença da base” (Meyer,1994, p.23).

Síndrome de Dumping- é uma resposta fisiológica complexa do organismo, a presença de quantidades maiores do que o habitual de alimentos sólidos e líquidos na porção proximal do intestino delgado. Ocorre em doentes gastrectomizado, como o resultado da perda de regulação normal do esvaziamento gástrico e das respostas gastrointestinais e sistêmicas a uma refeição (Carvajal,2002, p.261).

Podem ocorrer logo após as refeições (síndrome *dumping* precoce) ou algumas horas após (síndrome *dumping* tardio) Kathelen e Sylvia (2008, p.654).

Os sintomas precoces ocorrem cerca de 10 a 30 minutos após as ingestões das refeições, e resultam da distensão do intestino delgado pela presença de alimentos e líquidos, devido a rápida passagem do quimo hiperosmolar para o intestino delgado, promovendo assim um sequestro do fluido intraluminal. Estas alterações diminuem o volume plasmático, levando a hipotensão e taquicardia, fraqueza, e também a distensão abdominal em consequente dor e diarreia, (*Ibidem*).

Na mesma ordem de pensamento, Kathelen *et al*, (2008, p. 655), os sintomas de *dumping* tardio ocorrem, “ 1 a 3 horas após as refeições e o mecanismo de ação proposto é o rápido esvaziamento gástrico, leva a maior oferta de hidratos de carbono ao intestino delgado proximal. A glicose, rapidamente absorvida, resulta em hiperglicemia com consequente libertação excessiva de insulina, provocando em 2 a 3 horas hipoglicemia”. Os doentes podem ficar ansioso, trémulos, com fome ou demonstrarem dificuldade a nível de concentração.

Segundo Phipps *et al* (2003, p.1489), “segue-se um segundo síndrome de *dumping* tardio. A absorção rápida da glucose a partir do quimo leva a uma hiperglicemia e provoca secreção de insulina. A secreção de insulina dura mais do que a hiperglicemia, seguida de hipoglicemia, e os seguintes sintomas associados: ansiedade, astenia, diaforese, palpitações e debilidade. Estes sintomas surgem cerca de 2 horas após a refeição”.

A prevenção é o meio mais eficaz de controlar a síndrome de *dumping*. A enfermeira ensina o doente a cumprir uma dieta moderada em gorduras, hiperproteica e com quantidade limitadas de hidratos de carbono. Devem ser evitados, em absoluto os açúcares simples. São desaconselhados líquidos com as refeições, porque o volume total. Para alguns doentes é útil deitarem-se para o lado esquerdo, durante 20 a 30 minutos após a refeição, para atrasar o esvaziamento gástrico (*Ibidem*).

Anemia multifatorial- a anemia decorrente da ressecção gástrica, pode ser ferropénica (forma mais frequente) e ou megaloblástica.

A anemia ferropénica resulta de uma ingestão alimentar inadequada (pela persistência de sintomas gastrointestinais no período pós-operatório), diminuição da secreção de ácido clorídrico ou aclorídrico (dificultando a passagem do ferro da forma férrica para a ferrosa que é a sua principal forma de absorção), da perda sanguínea durante ou após a cirurgia, da exclusão do duodeno (principal local de absorção de ferro) e da passagem rápida dos alimentos para o intestino (Meyer 1994, p.227).

A anemia megaloblástica pode ocorrer devido á perda da mucosa gástrica responsável pela produção do fator intrínseco, fundamental a absorção de vitamina B12 no ílio terminal. Aquando da reconstrução do trânsito intestinal, através da anastomose com o jejuno, também a alça cega formada pelo duodeno, pode favorecer a síndrome de proliferação bacteriana, construindo desta forma, para a diminuição de absorção de vitamina B12 (Green, 1996, p. 509).

Segundo Phipps (2003, p.1490):

A deficiência em vitamina B12, os procedimentos da gastrectomia levam a uma perda parcial ou total do fator intrínseco, que é segregado pelas células parietais do estômago, o fator intrínseco é essencial para a absorção da vitamina B12 no intestino. Sem a presença, o doente desenvolve gradualmente sintomas da anemia perniciosa, que pode ser fatal se não for tratada. A enfermeira ensina o doente acerca da deficiência da vitamina e explica porque é que não é possível a reposição oral da vitamina. Uma injeção mensal de 100 200 mg de vitamina B12 previne a deficiência.

Diarreia- A diarreia constitui um problema comum após a cirurgia gástrica, podendo afetar 2 a 30% dos doentes. As principais causas estão relacionadas com o rápido esvaziamento gástrico, que leva á alteração da função da vesícula biliar com o aumento da excreção de sais biliares; a má absorção secundária ao super crescimento bacteriano e a insuficiência pancreática exócrinas. A má absorção após a gastrectomia, atinge 80% dos doentes no pós-operatório-imediato, regredindo 1 a 6 meses após a cirurgia (Carvajal *et al*, 2002, p. 272).

Segundo Curran (2000, p. 1017), “outras causas de diarreia após a gastrectomia estão relacionadas as alterações estruturais da mucosa intestinal e a produção deficiente de lactase pelo intestino”.

A maioria dos doentes, “responde bem ao tratamento clínico, com dieta adequada e personalizada, antidiarreicos, e antiespasmódico. A colestiramina (resina ligadora de ácidos biliares), mostra-se eficaz em 80% dos doentes” (Coelho, Andréolo, Lopes, Nishimura, Brandalise e Lionardi, 2005, p. 59).

1.3.5 O Enfermeiro como Educador em saúde na Gastrectomia

Segundo Rosa, Marciano e Rocha (2007, p.10) diz que “ nas últimas décadas a Educação para Saúde assume grande importância não só para a população, mas também para os profissionais dessa área em geral. Dentre eles, o profissional enfermeiro, que tem como uma de suas características formadoras a função de educador social”.

O processo de enfermagem é uma forma de se perceber a enfermagem e de colocá-la em perspectiva como pensamento crítico metódico que orienta as ações de enfermagem. Portanto, cabe o enfermeiro colaborar com o cliente e sua família durante toda sua internação prestando cuidados à saúde no pré, trans e pós-operatório, desenvolvendo um plano de cuidados que contemple também o preparo para alta hospitalar.

Na mesma ordem de pensamento segundo Chistoforo e Carvalho (2009, p.15), “ a orientação é uma forma de esclarecer as dúvidas que a intervenção cirúrgica provoca e o enfermeiro é um profissional que, além de preparado para realizá-la, tem condições legais e moralmente a fazê-la, preparando o cliente quanto à cirurgia a ser realizada e aos cuidados pré e pós-procedimentos, aos riscos e benefícios, em linguagem acessível”.

O mesmo autor refere:

Todos os usuários têm o direito de receber informações precisas, facilmente compreensíveis, que lhes permita entender o que está acontecendo e desta forma poder participar das decisões terapêuticas. O enfermeiro como agente educador precisa ser capaz de identificar os níveis de suas ações no processo saúde-doença, refletindo a necessidade de ampliar sua prática assistencial, colocando-se como educador, entendendo que ele não é o dono do saber e sim um cooperador deste processo transformador, (Ibidem).

O enfermeiro é o profissional responsável pelo planejamento da assistência de enfermagem e tomada de decisões sobre o cuidado prestado ao cliente cirúrgico, assim deve planejar as ações de educação em saúde que desenvolverá com o seu cliente para desta forma prevenir e minimizar os fatores entressores do processo cirúrgico.

Ainda nesse sentido, Siva e Nakata (2005, p.12), “ a comunicação é uma parte essencial no processo terapêutico e isto envolve escutar cuidadosamente e interpretar inteligentemente”. O enfermeiro deve considerar a comunicação com o paciente como um processo recíproca. O usuário que está hospitalizado necessita confiar em alguém que o considere e respeite seus sentimentos. O modo como ele é cuidado é de grande importância. Ele precisa de segurança e procura encontra-lo em alguém.

Podemos perceber a partir de nossa prática profissional que, as atividades de educação em saúde dispensadas aos clientes internados na unidade são fundamentais para o bom desenvolvimento da internação e recuperação do cliente, fica evidente que o paciente bem orientado sente-se amparado pelo enfermeiro, cria um vínculo de confiança que o torna mais seguro em relação a sua recuperação. Ele passa a ter o enfermeiro como alguém que vai lhe ajudar orientando suas decisões.

Para Santos e Luís, (2002, p. 20), a orientação e o acompanhamento do paciente que passará pela gastrectomia,

“Devem tender ao seu preparo, esclarecendo duvidas e oferecendo dados necessários para que possa enfrentar as possíveis novas situações, que serão vivenciadas. Neste contexto, surge o profissional de enfermagem exercendo papel essencial junto a equipa multidisciplinar, por poder proporcionar nortear as adaptações imprescindíveis á nova condição de vida, com um olhar único para cada paciente”.

Basicamente, constitui de suma importância que o profissional de enfermagem tenha conhecimento do perfil do paciente, objetivando a identificação precoce dos fatores de risco e as possíveis intercorrências que poderão advir e deste modo, evitá-las ou tratá-las mais adequadamente. Para isso, torna-se capital que o profissional de enfermagem procure aferir particularmente cada paciente e sua família, que atente para os fatores que podem influenciar nos resultados pós- operatório.

1.4 Intervenção de Enfermagem ao doente submetido a Cirurgia Gástrica

Para Bulechek e McCloskey (1985, p.10), intervenção de enfermagem trata-se “de uma ação autónoma da enfermeira, baseada em regras científicas, que são executadas para beneficiar o cliente, seguindo o caminho predito pelo diagnóstico de enfermagem com o estabelecimento de metas a serem alcançadas”.

As intervenções de enfermagem na perspectiva de Abreu, (2008, s/p.), “constituem a concretização lógica de todo o processo racional e sistemático de assistência, transferindo para o campo clínico o pensamento, o planeamento e definição da estratégia terapêutica”.

1.4.1 Cuidados Pré- Operatório

De acordo com Malagarrida (1999, p.47), “os cuidados no pré- operatório devem iniciar-se no momento em que se comunica ao utente que este vai ser submetido a uma cirurgia, pois a partir desse momento que começam a surgir as dúvidas, os medos, as angústias que todo este ambiente implica”.

Com base nesta ideia o enfermeiro nos cuidados pré- operatória observa e analisa o comportamento e os conhecimentos que possui sobre a intervenção cirúrgica. É através da entrevista que o enfermeiro observa o seu comportamento, meio sociocultural, compreensão da intervenção cirúrgica, nível de conhecimento e medos.

Neste sentido Cistóforo e Carvalho, (2009, p.5), o processo ensino- aprendizagem do adulto que aguarda um procedimento cirúrgico começa no pré-operatório, “ o enfermeiro deve estabelecer um vínculo com o cliente e a família para ajuda-los a compreender a situação concreta a fim de melhor se adaptarem à mudança do estilo de vida, que surgirá após a cirurgia, para que, no momento da alta hospitalar, o paciente e o seu cuidador estejam preparados para os cuidados no domicílio”.

Neste mesma ordem de pensamento, Rothrock, (2008, p.573), daí a necessidade,

“Quase primária de estabelecer um clima de confiança, de abertura, onde medos e receios sejam veiculados e compreendidos, sendo que o utente que está se ser submetido a uma gastrectomia pode estar extremamente apreensiva em relação a possibilidade de perder uma parte de seu corpo, de enfrentar uma reação negativa do seu conjugue e da sua família e de experimentar uma modificação em sua imagem”.

Algumas das atividades de enfermagem no período pré-operatório, segundo Phipps, Sands e Marek (2003, p.526), começa quando é tomada a decisão da intervenção cirúrgica (...), “este procedimento termina quando o doente é transportado, em segurança, para o bloco operatório, e enviado ao enfermeiro da sala para receber os cuidados adequados”.

Algumas das atividades de enfermagem no período pré-operatório passam pela avaliação inicial do doente no pré-operatório que começa “pelo contato inicial entre o doente e enfermeiro e continua por todo o período. Deve ser uma avaliação holística a refletir as necessidades, fisiológicas, psicológicas, espirituais e sociais, do doente e da sua família ou pessoas significantes” (*Ibid*, p.530).

Sabe-se que as orientações pré-operatórias auxiliam o paciente a lidar com a cirurgia, reduz a duração da internação hospitalar, eleva a satisfação com o serviço prestado, minimiza complicações cirúrgicas e aumenta o bem-estar psíquico do cliente.

Segundo Phipps, Sands e Marek (2003, p.1487)):

Os cuidados pré-operatórios centram-se em garantir que o doente esteja no melhor estado nutricional, para o ajudar na cura e no ensino. A enfermeira dá realce, no ensino pré-operatório, à higiene brônquica e a importância da inspiração profunda, à tosse eficaz, à fixação da ferida operatória, as alternâncias de decúbito frequentes, ao espirómetro de incentivo e a reeducação funcional respiratórias, se estiver indicado. Estas intervenções de ensino são ainda mais importantes se o doente tiver uma história de tabagismo. Os métodos, planeados para controlar a dor no pós-operatório, também devem ser debatidos.

Para Monahan, Sands, Neighbors, Marek e green, (2010, p.1259):

Acrescenta-se que ansiedade é outra questão importante que deve ser abordada no período pré-operatório. O carcinoma gástrico tem um mau prognóstico, e a ameaça de morte afeta a capacidade do doente para prestar atenção ao ensino e participar no autocuidado. Muitas vezes, só é possível fazer o estadiamento correto do carcinoma após a exploração cirúrgica, o que acresce incerteza a uma situação já de si causadora de stress. O enfermeiro deve dar apoio e encorajar o doente a verbalizar todas as preocupações.

De acordo com a Associação Oncológica Portuguesa (AOP), (2011, p.6), “no período pré-operatório tem as seguintes intervenções de enfermagem”:

- ✓ Avaliar peso e altura e hábitos alimentares;
- ✓ Prestar/ orientar os cuidados de higiene;
- ✓ Efetuar a preparação intestinal (conforme protocolo institucional);
- ✓ Supervisionar a dieta pré-operatória e jejum;
- ✓ Executar a tricotomia;
- ✓ Verificar o processo operatório;
- ✓ Administrar a terapêutico pré-operatório;
- ✓ Disponibilizar apoio ao doente e a família;
- ✓ Identificar e acompanhar o doente ao bloco.

De acordo com esta fase os principais diagnósticos segundo Nanda, corresponde á:

- ✓ Défice do conhecimento relacionado com a gastrectomia;
- ✓ Medo relacionado com o diagnóstico do cancro e consequências da cirurgia;
- ✓ Ansiedade relacionada a patologia, tratamento e também com a imagem corporal;
- ✓ Défice de conhecimento devido a falta de experiencia as rotinas e procedimentos cirúrgicos.

Segundo Cesaretti, Santos, Filippin e Lima (2005, p. 15), a visita pré- operatória realizada pelo enfermeiro do bloco operatório “contribui para minimizar a ansiedade e o medo perante o ato cirúrgico e constitui uma oportunidade de interação com o enfermeiro do internamento para assegurar a continuidade de cuidados e a trocas de informações a cerca do utente”.

Na mesma ordem de pensamento, Mincis e Possik (2002, p.371), os cuidados de enfermagem no período pré- operatório para um paciente submetido a gastrectomia são:

- ✓ Atentar para relato de disfagia, refluxo, dor e vômito;
- ✓ Estimular e supervisionar aceitação da dieta via oral orientando a mastigação dos alimentos e a ingestão fracionada e frequente;
- ✓ Orientar o paciente a manter decúbito elevado por 2 horas após a refeição;
- ✓ Pacientes com gastrectomia: manter sonda fixada com curativo e fita adesiva;
- ✓ Observar a pele a redor da sonda que pode apresentar dermatite pelo extravasamento do suco gástrico;
- ✓ Lavar a aérea diariamente com água e sabão e passar sulfadiazina de prata; infundir a dieta lentamente e em temperatura ambiente;

- ✓ Administrar água em temperatura ambiente antes e após a infusão da dieta;
- ✓ Manter a cabeceira elevada durante a administração e 30 minutos após trocar o equipo da dieta enteral a cada 24 hora;
- ✓ Favorecer a compreensão do procedimento cirúrgico, informando sobre: rotinas, UTI, tipo de incisão, possível presença de drenos, sonda nasógastrica administração de oxigénio, importância da mudança de decúbito, técnica de tossir, deambulação precoce.

1.4.2 Cuidados Pós-operatório

No período pós- operatório, segundo Alves (1999, p.43), “ dá-se a continuidade aos cuidados iniciados ainda na fase de pré-operatório. Assim, desenvolvem-se as intervenções de enfermagem de modo a prevenir complicações, primando por melhorar a qualidade de vida, através da promoção para a saúde e um maior nível de autocuidado e com progressiva diminuição da dependência do utente”.

Na mesma ordem de pensamento, Faintush (2002, p.39), “o enfermeiro deve estar atento nas possíveis complicações que podem surgir no pós-operatório imediato: anorexia, diarreia, síndrome de dumping (precoce e tardio), perda de peso, anemia e mal absorção”.

Phipps *et al* (2003, p.1487) acrescenta que:

O doente que tenha sido submetido a uma cirurgia gástrica tende a ficar deitado e a respirar superficialmente, para limitar a dor inficiona. Administram-se com frequência medicamentos para a dor ou utiliza-se e avalia-se a analgesia controlada pelo doente. É essencial um adequado tratamento da dor, para se atingirem os objetivos respiratórios. Alternância de decúbito, inspiração profunda, espirómetro de incentivo e deambulação são atividades essenciais nos pós – operatório e a enfermeira deve assegurar que o doente esteja suficientemente confortável, para participar ativamente no autocuidado. A enfermeira faz, por rotina, a auscultação pulmonar, para avaliar a situação respiratória e consistentemente encorajar o doente em todas as rotinas de higiene brônquica.

Monahan et al, (2010, p.1259), refere que:

O doente submetido a cirurgia gástrica está vulnerável a uma vasta série de complicações, a curto e a longo prazo. A hemorragia no local da anastomose é um problema frequente que pode desaparecer espontaneamente. Os períodos de maior risco são as primeiras 24 horas após a cirurgia e entre o quarto e o sétimo dia, quando ocorrer a dissolução de coágulos. O enfermeiro deve vigiar a drenagem da sonda NG quanto a presença de sangue e deve evitar lavar ou reposicionar a sonda, salvo se tiver indicação específica para o fazer. O enfermeiro deve vigiar o doente quanto a e ensinar-lhe, os sintomas clássicos de peritonite, como seja dor abdominal intensa, rigidez e febre.

O período pós- operatório imediato, constitui um momento crítico para o paciente, sendo importante que se faça uma observação cuidadosa objetivando a manutenção das funções fisiológicas vitais dentro dos parâmetros da normalidade, até que os efeitos da anestesia esvançam. Consiste atribuição da equipa de enfermagem providenciar o leito e prepará-lo para receber o paciente.

De acordo com a Associação Oncológica Portuguesa (2011, p.7),” no período pós-operatório imediato e tardio, tem as seguintes intervenções de enfermagem”:

1. Pós- Operatório Imediato

- ✓ Vigiar a consciência e sinais vitais;
- ✓ Vigiar e otimizar sistemas de drenagem;
- ✓ Vigiar e executar o penso;
- ✓ Vigiar e otimizar cateteres venoso;
- ✓ Monitorizar a diurese/ Registrar o balanço hídrico;
- ✓ Vigiar eliminação intestinal;
- ✓ Avaliar e controlar a dor;
- ✓ Promover o conforto/ Posicionamento;
- ✓ Mobilidade precoce.

2. Pós-Operatório Tardio

- ✓ Promover a ventilação (exercícios com espirómetros);
- ✓ Ensinar e executar posicionamentos/ mobilidade precoce;
- ✓ Executar cuidados orais;
- ✓ Avaliar e controlar a dor;
- ✓ Vigiar e otimizar sistemas de drenagem;
- ✓ Vigiar a eliminação intestinal;
- ✓ Vigiar penso e executar;

- ✓ Iniciar e supervisionar dieta (tolerância e progressão), tendo em conta a cirurgia realizada, seguir prescrição médica;
- ✓ Ensinar sobre o posicionamento de decúbito elevado/ sentado durante 2 horas após as refeições,
- ✓ Alimentar /ensinar sobre a técnica de alimentação por sonda de jejunostomia ou nasojejunal, ao doente e prestador cuidador;
- ✓ Vigiar peso.

Neste sentido Potter e Perry, (2004, s/p)), no pós-operatório o enfermeiro também tem que estar apto a prestar cuidados a ferida cirúrgica, “seja no abdómen ou na região rectal dependendo do tipo de procedimento cirúrgico, os cuidados vão desde a parte curativa, como por exemplo na região abdominal deve-se isolar a colagem do sonda de gastrectomia do penso da ferida cirúrgico”.

Os principais diagnósticos de enfermagem estabelecidos de acordo com Nanda a

- ✓ Dor relacionada com a incisão cirúrgica;
- ✓ Potencial para infeção relacionada com o processo de cicatrização da incisão cirúrgica;
- ✓ Alteração da imagem corporal relacionado com a incisão cirúrgica e ao estoma;
- ✓ Alteração dos processos familiares relacionados com o diagnóstico e o tratamento;
- ✓ Nutrição alterada menos que as necessidades corporais relacionadas com a baixa ingestão nutricional ou perdas por vômitos ou diarreias,
- ✓ Défice de autocuidado relacionado com a higiene ao local do estoma e aplicação da sonda de gastrectomia.

Segundo Ramos e Savioli (2005,p.9)), os cuidados de enfermagem no período pós-operatório para um paciente submetido a gastrectomia:

- ✓ Após despertar da anestesia, posicionar paciente em posição semi-flowler e a seguir na posição fowler para prevenir refluxo das secreções gástricas.
- ✓ Atentar para distensão abdominal e obstrução intestinal;
- ✓ Observar atentamente regurgitação e dispneia;
- ✓ A SNG deverá ser marcada para determinar sua posição e o médico deverá ser avisado se desvio. Não ré- introduzir a SNG para não causar danos a anastomose.
- ✓ Atentar para possibilidade de aspiração de saliva para árvore traqueobrônquica;

- ✓ Orientar dieta zero prolongada, amenizando a ansiedade do paciente pela ré introdução da dieta;
- ✓ Anotar o débito da sonda vesical, SNG, estomas, drenos mesmo quando não estiver prescrito pelo médico;
- ✓ Evoluir diariamente o aspeto da ferida operatória quanto á presença de sinais de infeção e anotar no prontuário, se houver deiscência, a lesão será avaliada por uma enfermeira da comissão de curativos do setor que definirá o tratamento tópico conforme protocolo da instituição;
- ✓ Estimular a participação da família no cuidado do paciente e nos alimentos favoritos preparados em casa;
- ✓ Após cada refeição, orientar posição vertical por 2 horas;
- ✓ No preparo para alta hospitalar, fornecer previamente orientações para o paciente e cuidador quanto à manipulação de sondas, sinais de complicações, quanto ao curativo e cuidados com a ferida operatória, capacitando a família para o cuidado no domicílio, além de fornecer apoio emocional;
- ✓ Em caso de pacientes com curativos complexos, no dia da alta hospitalar, o enfermeiro deve entrar em contato com a unidade básica de saúde mais próxima da residência do paciente, informando ao enfermeiro responsável, a conduta utilizada e enviando também orientações por escrito.

Neste sentido, Otto (2000, p.148), no período pré e pós-operatório sobre a questão da imagem corporal são assuntos que devem ser expostos e o diálogo deve ser feita entre o enfermeiro, utente e família, nisto algumas, “as dificuldades em lidar com ostomia podem ser manifestado pela dificultada do utente em olhar para a sonda. As preocupações mais comuns são o medo da rejeição, vergonha, receio da opinião dos outros”.

Além disso, no período pós-operatório, o paciente submetido a gastrectomia, pode vir a apresentar uma serie de dificuldades ao reassumir sua vida profissional, social, familiar e sexual, então e nesse sentido para Franques (2003, p.20), que “ nesta torna-se, muitas vezes, limitada e de difícil adaptações, em decorrências de vários fatores, com dor e desconforto devido à ferida cirúrgica e drenos, adaptações à nova dieta liquida, restrições alimentares e físicas, perda da anatomia naquele momento, expectativas, ansiedades e insegurança”.

Principais diagnósticos de Enfermagem de Nanda:

Diagnóstico de Enfermagem	Características Definidoras	Fatores Relacionado
<u>Nutrição Alterada:</u> <u>Ingestão Menor que a necessidade Corporais</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Perda de peso, mesmos com a ingestão alimentar adequada; - Fraqueza dos músculos usados na mastigação e na deglutição; - Dor abdominal; - Cólica abdominal; -Diarreia; - Falta de interesse por alimentar-se; -tônus muscular enfraquecido; 	<ul style="list-style-type: none"> - Inabilidade para ingerir ou dirigir alimentos ou absorver nutrientes, devido a fatores biológico, psicológico, económicos e culturais; - Falta ou deficit de informação sobre alimentação adequada; - Conceitos errados sobre prática alimentar.
<u>Potencial para Infecção</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Imunidade adquirida inadequada; - Doença crônica; -Procedimentos invasivo; -Desnutrição; - Trauma 	<ul style="list-style-type: none"> - Vide presença de fatores de risco.
<u>Padrão respiratório</u> <u>ineficaz</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Dispneia; - Cianose; - Tosse; - Batimento das asas de nariz. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dor, - Ansiedade; - Fadiga ou energia diminuída.

<u>Potencial para Aspiração</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Tubos alimentação; - Administração de alimentos; - Aumento de resíduos gástricos; - Esvaziamento gástrico retardado. 	- Vide presença de fatores de risco
<u>Isolamento Social</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência do suporte significativo de outros (familiares, amigos e colegas.) - Afeto triste e embotado; - Sentimentos expressos de rejeição; - 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteração na aparência física; - Alteração no bem-estar; - Recursos pessoais inadequadas; - Inabilidade para engajar-se em relacionamento pessoal satisfatório.
<u>Negação</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Negação do medo da morte ou da invalidez; - Minimização de sintomas; - Incapacidade de admitir o impacto da doença no padrão de vida; - deslocamento do medo do impacto da situação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade reduzida para enfrentar com eficácia os problemas de vida; - Crises situacionais; - Sistema suporte ineficiente.
<u>Distúrbio da Imagem corporal</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de parte do corpo; - Real mudança de estrutura ou função; - Trauma por não funcionamento de parte do corpo; - Mudança no estilo de vida; 	<ul style="list-style-type: none"> - Biofísico; - Preceptivo ou cognitivo; - Psicossocial,

	<ul style="list-style-type: none"> - Temor de rejeição ou reação dos outros; - Sentimentos negativos em relação ao corpo; - Preocupação com a mudança ou com a perda. 	
<u>Ansiedade</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Incerteza; - Medo, - Espanto; - Angústia; - Nervosismo; - Tremores; - Preocupações expressas de novas mudanças em eventos da vida, - Preocupação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ameaça no autoconceito; - Ameaça de morte; - Ameaça ou mudança na interação dos padrões; - Crise situacional ou existência.
<u>Medo</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Culpa; - Imaginação aumentada; - Tremores, - Palpitações; - Vergonha. 	<ul style="list-style-type: none"> - Valores culturais relacionados á morte e doença; - Separação de pessoas significativas numa situação potencialmente ameaçadora; - Estímulos fóbicos.

1.5 Enfermagem na promoção do Autocuidado/ Qualidade de vida do utente Gastrectomizado.

A enfermagem, pode ser uma profissão intimamente ligada ao cuidar, também tem se preocupado, historicamente, com o ensino de autocuidado para os clientes. Florence Nightingale, a precursora da enfermagem Moderna, “o autocuidado quando ensinou os soldados na guerra da Crimeia, em 1854, a cuidar se seus próprios ferimentos. Ela viu o papel da medicina na remoção das partes doentes e o papel da enfermagem em proporcionar ao cliente um ambiente que permitisse que a pessoa alcançasse a melhor a saúde”, (Hill; Smith, 1990, p. 32)

Para Orem *apud* Taylor, (2004, p.125), mencionado pela primeira vez, em 1958, por Dorothea Orem, “auto cuidado pode ser entendido como a pratica de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as, pessoas, iniciadas e desempenhadas dentro de espaços de tempo, em seu beneficio próprio e com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável”.

Essas ações são voluntárias e intencionais, envolvem a tomada de decisões, e têm o propósito de contribuir de forma específica para a integridade estrutural, o funcionamento e o desenvolvimento humano, (*Ibidem*).

Na mesma ordem de pensamento George, *apud* Sousa, (2000, p. 32), “ a teoria de Orem foi desenvolvida entre 1959/1985, baseando no raciocínio de que as pessoas podem cuidar-se de si próprio mas quando não conseguem autocuidar-se, o enfermeiro oferece ajuda”. É utilizada em reabilitação e cuidados primários, em que a pessoa deve ser encorajada a tornar o mais independente possível.

A teoria do Autocuidado visa desenvolver o potencial do individuo para identificar e resolver seus problemas de saúde, para Caetano; Pagliuca, (2006, p.336), “ de acordo com essa teoria, a meta da enfermagem é alcançar o autocuidado, entendido como um cuidado desempenhado pela própria pessoa, para si mesma”. A saúde, dessa forma, poderá ser vista predominantemente como consequência das ações do próprio individuo.

Nesse sistema de apoio - educação para Gonçalves e Schafer, (2005, p. 324), “desenvolve uma pratica educativa para a saúde, onde a relação enfermeira- cliente é sempre horizontal, pois se dispõe a mobilizar no cliente a pratica do autocuidado, a tomada de decisão para as mudanças necessárias para o autocuidado e a busca de novos conhecimentos/ aprendizagem para enfrentamentos das situações de vida e saúde”.

Segundo Queirós (2010, p. 125), “ a capacidade de adquirir, de ter, ou de recuperar o autocuidado, por ação própria ou por terceiros, acontece de forma faseada, em primeiro lugar as pessoas têm de adquirir a capacidade de identificação do que necessitam para recuperar a autonomia”.

Quando os recursos existentes “ não permitem a auto-satisfação das necessidades de autocuidado surge a exigência de autocuidado terapêutico, sendo imperioso a ajuda de terceiros que o forneçam, denominados por agentes de autocuidado terapêutico podendo estes ser formais ou informais” (Queirós, 2010, p 126).

Ainda nesse sentido, Phipps et al (2003, p.1488), “ os doentes com carcinoma gástrico estão perante a probabilidade de um dramático encurtamento da expectativa de vida e de um declínio acentuado da capacidade de autocuidado”.

Segundo, Waitzberg, (2004, p.26), refere:

O enfermeiro, como agente de autocuidado terapêutico, deve procurar estimular o utente a satisfazer as suas exigências de autocuidado, sem nunca o substituir naquilo que ele é capaz de realizar por si próprio, intervindo, apenas, no sentido de o compensar nas suas incapacidades, sendo essencial o envolvimento da família ou de outro agente de autocuidado, por forma a capacita-los para cuidar do individuo. Como tal, o enfermeiro tem o papel de promotor do restabelecimento da saúde do doente, com a implementação de praticas assistenciais e educativas que valorizem o ato do mesmo se autocuidar-se.

Para Papini- Berto (2001, p.272), “ o cancro do estômago e o tratamento através da realização de cirurgia influenciam diretamente o autocuidado, na medida em que existe uma dificuldade ou incapacidade em se alimentar, quer pela alteração do trajeto dos alimentos após a cirurgia”.

Para o mesmo autor, “ é importante existir uma avaliação nutricional do utente. Após essa avaliação devem ser transmitidas orientações dietéticas individualizadas com o objetivo de estabelecer um plano terapêutico nutricional”.

Segundo Paredes, (2008, p. 73), muitas vezes associado a cancro surge o conceito de qualidade de vida, “este conceito foi introduzido na pesquisa na área de saúde com o principal objetivo de avaliar o impacto específico não médico da doença crónica e como um critério para a avaliação da eficácia dos tratamentos médicos e psicossociais”.

A QV é uma sensação de bem- estar pessoal que provém da satisfação ou insatisfação com áreas da vida que são importantes para essa pessoa, com as seguintes dimensões: “estado físico e desempenho, estado psicológico e bem- estar, interações sociais e fatores económicos e/ ou vocacionais” (Coelho, 2008, p. 50).

Segundo Costa, Carraço, Sofia e Figueiredo (2006, p.174), “a qualidade de vida dos doente gastrectomizado por cancro gástrico, depende da sua perceção e integração das funções físicas, psíquicas e sociais pós- gastrectomia, a qual importa avaliar de forma objetiva para, adequar decisões terapêuticas complementares no período”.

Com isso, constatamos que hoje em dia que um acompanhamento e um tratamento cuidadoso e personalizado focando os aspetos clínicos, sociais e nutricionais têm uma grande influência na melhoria da qualidade vida destes doentes.

CAPITULO II- METODOLOGIA DA PESQUISA

Este capítulo consiste em apresentar a metodologia da investigação em estudo, que tem como objetivo apresentar as questões metodológicas, fazer a descrição de todo o processo metodológico que foram usados no decorrer do trabalho, uma análise dos resultados obtidos através entrevistas semiestruturada. Isto permite também a realização de um estudo prático com o qual pretende dar respostas à pergunta de investigação e alcançar os objetivos proposto.

Para Fortin (2009, p.310), a metodologia é:

A fase de apresentar a metodologia de investigação formulada. É nesta fase que o investigador determina as estratégias e os procedimentos, com o objetivo de apresentar as questões metodológicas como o instrumento de recolha de dados, a amostra selecionada e os procedimentos efetuados para a elaboração do estudo. Após uma reflexão sobre os diferentes métodos existentes e os objetivos para o estudo, optou-se pelo método qualitativo para a compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo.

Primeiramente foi delineado um projeto onde delimitou-se o tema da pesquisa, os objetivos, a pergunta de partida e de seguida as palavras-chave, gastrectomia, doente gastrectomizado, intervenções de enfermagem, autocuidado. Mas para fazer a fundamentação teórica do estudo houve a necessidade de recorrer a fontes bibliográficas como livros, artigos publicados, revistas, trabalhos de investigação produzidos em âmbito académico e dados on-line.

2.1 Tipo de Pesquisa

Tendo em conta as características da presente investigação e melhor forma de compreensão sobre a Assistência de enfermagem ao doente gastrectomizado considerou-se pertinente empregar uma metodologia qualitativa, enquanto o estudo do tipo exploratório descritivo, no sentido em que o objetivo da presente investigação não é quantificar mas sim analisar perceções individuais dos participantes sobre o fenómeno em estudo.

Para Fortim (2009, p.37), “ a investigação qualitativa explora fenómenos e visa a sua compreensão alargada, com vista à elaboração de teorias”.

O estudo é exploratório porque é o primeiro tema do trabalho de conclusão de curso a ser feito nesta universidade e em Cabo Verde, em que a pesquisa foi feita através de revisões bibliográficas de conceitos e posicionamentos de diversos autores, publicados em livros e artigos.

Este estudo é descritivo, na medida em que pretende identificar e compreender e descrever a Assistência de enfermagem ao doente gastrectomizado: promoção do autocuidado

A pesquisa descritiva qualitativa, tem como objetivo, “ produzir compreensão do mundo social, dentro dos contexto naturais, dando ênfase aos significados, experiências, práticas e pontos de vista dos que neles estão envolvidas”, (Jean V,Craig e Rosalind L. Smith, 2002,p.137).

2.2 Instrumento de Recolha de Dados

Tendo em conta o tipo de estudo, o instrumento de recolha de dados selecionados foi a entrevista semi- estruturada pois, crê-se ser o mais relevante para atingir os objetivos delineados, possibilitando desta feita a identificação e a análise das perceções dos entrevistados.

A entrevista como sendo um instrumento de recolha de dados, constitui uma ferramenta essencial ao processo de investigação.

Para Fortin (1999, p.236), “ a entrevista é um método de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas”.

As informações foram recolhidas pela própria investigadora, num período de tempo compreendido no mês de Maio de 2015, através da utilização de entrevistas semiestruturada e com auxílio de um guião de entrevista (ver Anexo 4).

As entrevistas foram realizadas pessoalmente aos profissionais de saúde do Hospital Batista Sousa na Secção de Cirurgia tendo duração compreendida entre 10 a 20 minutos.

2.3 Campo Empírico

Para Gauthier, Cabral, Santos e Tavares (1998,p.14) definem o campo de pesquisa, “como um lugar determinado onde o pesquisador estaciona, ou se debruça ao caminhar na pesquisa”.

O campo empírico escolhido para a pesquisa foi o sector de cirurgia, onde os pacientes são internados antes do procedimento de gastrectomia e depois onde são desenvolvidos todo o tratamento após a gastrectomia até a alta hospitalar.

No serviço acima referido é efetuado as seguintes cirurgias: cirurgias geral (herniorrafias inguinais e umbilicais, hemorroidectomias, laparoscopias, excisão de quistos, apendicites, cirurgia da mama, gastrectomia, colostomia), cirurgias plásticas (enxertos e excisão de lesões cutâneas e cicatrizes), cirurgia vasculares (fistulas artéria- venosas para hemodialise), neurocirurgias (hérnias discais, e remoção de quistos lombares), pediatria (herniorrafias inguinais e umbilicais), urologia (vasectomia, hidrocelectomias, varicocelectomias, cistoscopia, circuncisões), otorrinolaringologia (amigdalectomias, adenoidectomias, cirurgia sinusal e rinoplastias).

O sector de cirurgia é uma unidade de internamento composta por: 5 (cinco) enfermarias, 2 (duas) salas de isolamento, 1 (uma) sala de queimado com total de 40 leitos, 1 (uma) sala de curativo, 1 (uma) sala de preparação de medicamentos, 1 (um) stock onde guardam -se os medicamentos, 1 (uma) sala de médicos, 1 (uma) sala de enfermeiros, 1 (uma) copa para as refeições, 1 (um) quarto de enfermeiro, 2 (duas) casas de banho para os enfermeiros e médicos e cada enfermaria tem uma casa de banho.

A equipa multidisciplinar que nele trabalha é composta por: 12 (doze) enfermeiros onde são distribuídos por turno, 1 (uma), enfermeira chefe, 8 (oito) médicos-cirurgiões, 1 (uma) nutricionista, 1 (uma) fisioterapêutica, 1 (um) psicólogo, 5 serventes que são distribuídos por turno e 1 (uma) copeira.

2.4 População Alvo

Para Fortim (2009, p.69) a “ população alvo refere-se à população que o investigador quer estudar o propósito da qual deseja fazer generalização ou seja é um grupo de pessoas que tem características comuns ou permite delinear com precisão o tema de estudo e assim obter dados juntos da pessoa ou grupo homogéneo”.

A população - alvo são os enfermeiros do Hospital Batista de Sousa do serviço cirurgia que é composto por 13 enfermeiros.

A amostra é composta por 7 enfermeiros. A importância desta amostra centra-se fundamentalmente, na riqueza dos dados que revelam, as experiências individuais ou específicas de cada sujeito.

Esta caracterização permite explorar a riqueza das informações recolhidas e sustentada pelas experiências individuais de cada sujeito.

2.5 Aspetos Éticos

Segundo Fortin (1999, p.114), a Ética “ no sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.

Para a realização desta investigação, a pesquisa foi autorizada pela Comissão Ética do Hospital Batista Sousa (Anexo 1), em resultado de um pedido de autorização (Anexo 2), para aplicação de uma entrevista na estrutura, sendo este aprovado pelo mesmo.

Os enfermeiros que foram entrevistados receberam toda a informação sobre a pesquisa e seus objetivos e assinaram o Termo de Consentimento Informado (Anexo 3) e disponibilizando todas as informações de forma livre e autónoma.

É importante ressaltar que as entrevistas foram gravadas em áudio, e foram posteriormente transcritas na íntegra, atribuindo assim códigos.

Neste sentido, as entrevistas em si foram realizadas de forma individual e sigilosa. E foram atribuídas nomes fictícios às mesmas, sendo identificadas por Enfermeiro 1... Enfermeiro 4,... Enfermeiro7.

2.6 Apresentação e Análise dos Resultados

Perfil Sociodemográfico

Foram entrevistados 7 enfermeiros do serviço de cirurgia do Hospital Batista Sousa, entre eles 6 são do sexo feminino e 1 é do sexo masculino, com a faixa etária compreendida entre as seguintes intervalos: 5 compreendidas entre 35 a 40 anos de idade e 2 são compreendidas entre 43 a 53 anos de idade.

Referentes as habilitações académicas: 3 têm complemento de licenciatura em enfermagem, 2 estão a fazer o complemento de enfermagem e 2 têm curso geral de enfermagem. No que refere aos anos de profissão: 6 estabelecem o tempo de 10 a 18 anos de profissão e 1 estabelece 27 anos profissão. Em relação aos anos de profissão no serviço de cirurgia: 3 estabelecem o tempo de 1 a 3 anos de serviço e 4 estabelecem 10 a 15 anos de serviço na cirurgia.

2.7 Apresentação dos dados da Entrevista

Desta forma remete a uma profunda e abrangente apresentação e interpretação dos resultados, dando ênfase às categorias pré-determinadas pela investigadora.

Os entrevistados demonstraram interesse em participar do estudo, relatando com espontaneidade as questões em estudo.

Da análise das entrevistas feitas achou-se pertinente dividi-las em 4 categorias:

1ª Categoria- Conceito de um doente gastrectomizado;

2ª Categoria- Intervenções de enfermagem;

3ª Categoria- Dificuldades e complicações

4ª- Categoria- Cuidados de enfermagem para a promoção do autocuidado.

Categoria 1: Conceito de doente gastrectomizado

Esta categoria foi definida uma vez sentiu-se a necessidade de saber o nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre o conceito do doente gastrectomizado.

É algo em que todos os enfermeiros do serviço têm que saber e reconhecer um doente gastrectomizado e a causa que levou a fazer a gastrectomia e para que é que serve a mesma.

Em relação à questão colocada aos enfermeiros constatou-se que a maioria têm uma noção do seu significado e que foram claros e afirmaram que um doente gastrectomizado é um utente que foi submetido a uma intervenção cirúrgica para a alimentação derivado a um problema oncológico digestiva alta.

Enfermeiro 1- “ *É um paciente que fez uma intervenção cirúrgica a nível do colon ou a nível gástrico para alimentação, pode ser derivado a um problema oncológico digestivo alto*”.

Enfermeiro 2- “ *É um doente que foi colocado uma sonda de alimentação diretamente no estômago para alimentação líquida / branda e sem resíduos.*

Enfermeiro 4- “ *É uma pessoa com qualquer problema de saúde, (estômago), que é impossível a passagem dos alimentos e é feita uma abertura cirurgicamente no estômago para facilitar a passagem dos alimentos.*

Enfermeiro 5- “ *É um doente que foi submetido a uma intervenção cirúrgica que foi introduzido uma sonda para se alimentar*”.

O que constatou nessa categoria é que a maioria dos enfermeiros têm uma noção o que é um doente gastrectomizado e que a maioria tem a mesma opinião sobre o conceito colocado.

Categoria 2- As Intervenções de Enfermagem

Achamos pertinente elaborar esta categoria para conhecer as intervenções de enfermagem ao um doente gastrectomizado no pré e pós- operatório.

O que constatamos é que os enfermeiros entrevistados conhecem que o principal cuidado pré-operatório e pós-operatório é a preparação psicológica porque o utente está numa fase fragilizada e necessita todo o apoio psico-emocional.

Dos enfermeiros entrevistados, cada um tem a sua opinião a cerca dos cuidados que devem ter com utente antes e depois de ter feito a gastrectomia.

Os cuidados de enfermagem nesta etapa diminuem o medo e a ansiedade, explicando-o o procedimento a que vai ser submetido, as adaptações necessárias contribuem para uma melhor recuperação.

Dai a necessidade, quase primaria de estabelecer um clima de confiança, de abertura, onde medos e receios sejam veiculados e compreendidos, “sendo que o utente que está se ser submetido a uma gastrectomia pode estar extremamente apreensiva em relação a possibilidade de perder uma parte de seu corpo, de enfrentar uma reação negativa do seu conjugue e da sua família e de experimentar uma modificação em sua imagem” (Rothrock, 2008,p.573).

Enfermeiro 1- *“ o enfermeiro tem que ter em consideração que é um nível de vida que vai modificar a vida normal que tinha. Então o enfermeiro deverá dar um grande apoio psico-emocional ao paciente, incentivá-lo no sentido de reconhecer algumas melhorias práticas sobre a sua saúde que estava em risco. Fazer tricotomia”.*

Enfermeiro 2- *“ o médico deve explicar ao utente que deverá fazer uma cirurgia explicando tudo. O que vai ser operado, porque deverá ser operado e consequências no caso de rejeição. O utente deverá ter acompanhamento de um psicólogo para o ajudar na aceitação da cirurgia.*

Intervenção de enfermagem- apoiar o utente, preparar a zona (tricotomia) a ser operada, ajudar o utente na aceitação da cirurgia. Cuidar da Burocracia onde pagará taxa de cirurgia, assinatura de consentimento, exames, preparação dos documentos necessários”.

Enfermeiro 7- “ o enfermeiro tem que fazer o utente uma preparação psicológica inteira, sobre o seu estado de saúde e explica-lo as consequências que ele vai lidar no pós-operatório e ensina-lo a lidar com essa nova condição de vida. Fazer tricotomia e clister limpeza”.

Com os cuidados de enfermagem no período-pós-operatório para utente com gastrectomia incluem as mudanças que ocorrem no aspeto físico da pessoa gastrectomizado e consequentemente, na estrutura psicológica, na vida social, nas atividades de vida diária, na adaptação das mudanças de hábitos alimentares e dos novos cuidados de higiene que são dificuldades presentes nas pessoas submetidas a este tipo de cirurgia.

Com as respostas podemos observar que cada um dos enfermeiros tem a sua forma de cuidar de um paciente gastrectomizado no pós-operatório.

Enfermeiro 1- “temos que dar um grande apoio psico-emocional porque vai mudar gradeficalmente a sua vida quotidiana como a alimentação já não vai ser pela boca mas sim pela sonda, por isso o papel do enfermeiro é fazer o ensino antes e após a intervenção cirúrgica. Ensinar o paciente que tipo de dieta que deverá ingerir pela sonda e como deverá ser feita esta dieta alimentar. Ensinar também a família todos os cuidados que deverão ter com esse paciente”.

Enfermeiro 2- “ manter a sonda presa no abdómen, voltada para cima e tapada, avisar o utente das intervenções de enfermagem, dar apoio psicológico, higienizar o local e a volta da sonda, fazer penso SOS, ter cuidado e observar os alimentos se estão sem resíduos, colocar um pouco de água antes e após a introdução do alimento na sonda e fazer curativo”.

Enfermeiro 4- “ conforto físico e psicológico, vigiar a sonda, cumprir a prescrição médica (quando e como começar a alimentar) ”.

Enfermeiro 7- “ dar assistência psicológica porque fisicamente o doente está num estado debilitado e não consegue lidar com a sonda. Também é necessário ensiná-lo a fazer a sua própria alimentação, higiene da sonda e incentivá-lo a procurar os serviços de saúde para o seu curativo ”.

Segundo Alves (1999,p.43), os cuidados pós – operatório, “ dá-se continuidade aos cuidados iniciados ainda na fase de pré-operatório. Assim, desenvolvem-se as intervenções de enfermagem de modo a prevenir complicações, primando por melhorar a qualidade de vida, através da promoção para a saúde de um maior nível de autocuidado e com progressiva diminuição da dependência do utente”.

Categoria 3 - As dificuldades e as Complicações na assistência ao utente gastrectomizado no serviço de cirurgia

Sentiu-se a necessidade de criar essa categoria para saber as dificuldades e complicações que o enfermeiro tem nas assistências ao utente gastrectomizado no pós-operatório no serviço de cirurgia. A maioria desses pacientes não aceitam esse novo estilo de vida e rejeitam a alimentar-se pela sonda.

Nesta fase é que entre o papel do enfermeiro como instrumento importante para ajudar o utente gastrectomizado e a família no processo de adaptação a nova imagem corporal.

Os enfermeiros responderam que a maior dificuldade na assistência ao utente gastrectomizado é a aceitação do seu novo estilo de vida ao ver a sua imagem corporal alterada. Três (3) dos enfermeiros acrescentaram que também a dificuldade encontrada nesse serviço de cirurgia é a falta de seringa apropriada para alimentação.

Enfermeiro 1- *“ a maior dificuldade que temos tido com esses utentes é a aceitação da sua nova fase de vida, ficam ansiosos e estressados com a nova condição de vida”.*

Enfermeiro 2- *“ Não tenho observado muitas dificuldades; raras vezes aparece um utente que rejeita a alimentação na sonda. De vez em enquanto as sondas obstruem e o alimento sai, outras vezes é quando há complicações, o local onde a sonda está alarga-se e o alimento fica a sair a volta dela”.*

Enfermeiro 4- *“ o apoio psico-emocional é muito importante porque a qualidade de vida desse paciente irá mudar muito e às vezes o enfermeiro não tem tempo para dialogar com ele sobre as limitações que irá encontra no seu dia-a-dia. Também a falta de seringa para alimentação é um problema que aparece de vez enquanto no serviço”.*

Enfermeiro 5- *“ rejeição à cirurgia, dificuldade na alimentação e falta de seringa de alimentação no serviço”.*

Enfermeira 7- “ *difícilmente temos dificuldades nesses tipos de procedimentos, acostumamos ter mais problemas com falta de seringa para a alimentação*”.

Todos os enfermeiros entrevistados responderam que a principal complicação cirúrgica pós gastrectomia é a infeção da sonda. As vezes os utentes estão fragilizados não cuidam muito bem da sonda.

O aparecimento de complicações tardias induz ao facto do enfermeiro ter que repensar os cuidados de enfermagem e reforçar os ensinamentos feitos anteriormente, controlando os sintomas e prevenindo agravamento das complicações. Assim as complicações da gastrostomia podem ocorrer imediatamente nos pós- cirúrgico imediato, denominando-se complicações precoces ou então após algum tempo nomeadamente as tardias (Mattos e Cesaretti, 2005,p. 196).

Enfermeiro 2- “*infeção, alargamento do local onde foi colocado a sonda de gastrostomia, saídas de alimentos e outros fluidos à volta da sonda.*”

Enfermeiro 3- “ *infeção da ferida operatória, saída de alimentos para ao redor da sonda, falta de higienização da sonda*”.

Enfermeiro 4- “*infeção da sonda, vazamento da dieta pelo orifício da mesma, obstrução da sonda*”.

Enfermeiro 5- “*rejeição à cirurgia, dificuldade na alimentação, falta de seringas para a alimentação*”.

Enfermeiro 6- “ *infeção da ferida operatória*”.

Categoria 4 - Cuidados de enfermagem para o autocuidado.

Tivemos necessidade de criar essa categoria de modo a saber que tipo de autocuidado que os enfermeiros transmitam aos pacientes durante os dias que estão internados até o dia da alta. Porque muitos dos doentes após essa cirurgia perdem a sua autoestima. Daí a necessidade do enfermeiro ir promovendo autocuidado desde o 1º dia de internamento de modo a capacitá-lo a cuidar de si mesma.

Muitas vezes os pacientes recebem alta e não saibam autocuidar-se, é aí que entra o papel da equipa de enfermagem para ensiná-los a autocuidar-se.

A teoria de Orem foi desenvolvida entre 1959 1985, baseando no raciocínio de que as pessoas podem cuidar-se de si próprio mas quando não conseguem autocuidar-se, o enfermeiro oferece ajuda. É utilizada em reabilitação e cuidado primários em que a pessoa deve ser encorajada a tornar o mais independente possível, (George, 2000 *apud*, Sousa, p. 32).

O enfermeiro deve sempre ensinar o utente a autocuidar-se desde o princípio e nunca substituir-se naquilo que é capaz de realizar a si próprio, intervir apenas no sentido de compensar nas suas incapacidades, o enfermeiro deve sempre envolver a família no autocuidado do utente porque quando tiver alta é a família que vai ajudá-lo nos cuidados básicos.

Em relação a perceção dos enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem para o autocuidado ambos acreditam que é de extrema importância para estes tipos de pacientes.

Enfermeiro 1- “ *ensinar o paciente a ter cuidado na alimentação, como deverá ser feita a hidratação, tem que cumprir os horários de medicação já pré definido pelo médico assistente, fazer o curativo e também durante o mesmo tem que estar sempre atento para ver se não há início da infeção*”.

Enfermeiro 2- “ *conversar com ele explicando-o a melhor forma de autocuidar-se e mostrando-o como fazer durante a higienização feita pelo enfermeiro*”.

Enfermeiro 4- “ *explicar o paciente, a passar a mensagem mesmo como a importância do autocuidado irá facilitar imenso a sua qualidade de vida. Portando o enfermeiro terá que fazer consulta de enfermagem sistematicamente não só com o paciente mas também com a sua família a fim de encoraja-los nesse sentido*”.

Enfermeiro 5- *“explicar tipos de alimentos que poderá administrar na sonda. Cuidado com a higiene, ensinar como alimentar-se, incentiva-lo a fazer o curativo nos centros de saúde”.*

Enfermeiro 7- *“ dialogar com os elementos familiares sobre a alimentação do doente, ensiná-los como lidar com a sonda, principalmente a sua higienização, ensiná-los na preparação da sua dieta alimentar e incentivá-lo a fazer curativo todos os dias e tomar os medicamentos prescritos pelos médicos”.*

4.1 Quais as funções que desenvolvem de modo a dar apoio psicológico ao utente gastrectomizado.

Sabemos que é um paciente que antes de fazer a cirurgia tinha uma condição de vida e depois de ter feito a gastrectomia tem uma outra condição social. Esse vai tentar adaptar-se essa nova condição de vida que não é nada fácil. Então o enfermeiro tem que transmitir todos os cuidados que deve ter, também a família para ajudá-lo a aceitar a sua nova realidade social.

O enfermeiro é o profissional de saúde que está mais ligado ao utente, então tem grande compromisso e responsabilidade de ouvir, escutar, compreender e proporciona-lhe apoio, carinho, compreensão e afetividade no momento de carência que possuem no enfrentamento da doença.

Enfermeiro 1- *“demonstrar os benefícios dessa intervenção cirúrgica perante ao seu estado clínico que dificulta em alimentar-se e por isso vamos logo dizendo que a pessoa vai ter uma certa melhoria em termos do seu nível de vida e dar apoio”.*

Enfermeiro 2- *“falar ao utente da importância ter feito a gastrectomia”.*

Enfermeiro 3- *“ apoiar o doente durante e depois da alta hospitalar. Visitas domiciliares. Ensinar o doente na preparação dieta adequada”.*

Enfermeiro 4- *“ esses pacientes tem dificuldade em aceitar esse procedimento, portanto o enfermeiro tem que estabelecer uma base de confiança entre ele e o paciente de forma á estimular-lo a autocuidar-se e continuar a viver em harmonia com sua família, amigos sem preconceitos”.*

Enfermeiro 7- *“ o doente está no estado psicologicamente debilitado em conviver com essa nova condição de vida, temos que dar carinho, apoio e afeto”.*

4.2 Alguma vez você observou algum utente com sinais de rejeição ou negação após ter sido submetido a gastrectomia.

Todos os enfermeiros disseram que isso aconteceu várias vezes e também a enfermeira 4 disse que teve um paciente que não foi informado sobre o procedimento.

O utente que será submetido a uma gastrectomia deve receber um nível de informações adequadas a respeito do procedimento ao qual será submetido, suas particularidades e possíveis complicações.

A pessoa vai ver que a sua imagem corporal já não é a mesma, por isso o utente tem que ter o apoio de todos os profissionais multidisciplinar principalmente o apoio familiar ajudando-o a aceitar a sua nova condição de vida, mostrando-o as vantagens de ter feito a gastrectomia.

Então o enfermeiro deve atuar junto a família, inserindo-a no processo de cuidar do utente nessa fase, esclarecendo-a nas suas dúvidas, sendo flexível e sensível minimizando a sobrecarga emocional.

Enfermeiro 1- *“ Todos os pacientes que foram submetidos o tratamento tem esse princípio de negação, mas depois com o apoio dos profissionais vão ver que foi melhor ter feito do que ficar sem fazer essa operação e ter um nível de vida mais saudável”.*

Enfermeiro 4 – *“ sim isto aconteceu varias vezes e lembro de um paciente que não teve a informação necessária para o tratamento que iria ser submetido; só lhe foi dado um papel para assinar dizendo-o que responsabilizaria para a operação e depois de ter recuperado da anestesia ficou revoltado”.*

E assim chega ao fim dos Analise dos dados, satisfeita pois apurou-se que as respostas obtidas das entrevistas vão de encontro com as de alguns autores, afirmando que os enfermeiros têm uma ideia clara como promover autocuidado ao doente gastrectomizado ou sejam essas respostas atingiram os objetivos traçados ao longo do trabalho.

Durante as entrevistas constatamos que todos os enfermeiros têm uma noção de como lidar com estes utentes; cada um tem o seu modo de cuidar e de tratar desses doentes, mas todos compartilham da mesma opinião: Ficam fragilizados psicologicamente, moralmente e irão necessitar do apoio, carinho, compreensão e tolerância de toda a equipa multidisciplinar e principalmente da família.

CAPITULO III- CONSIDERAÇÕES FINAIS

3.1 Considerações Finais

A enfermagem como profissão, reconhece a investigação científica como forma de ampliar os conhecimentos essenciais não só para a sua prática como também para a tomada de decisões inteligentes adequadas a prestação de cuidados em enfermagem.

A área de enfermagem ao doente gastrectomizado ainda não é muito explorado em Cabo Verde, o País é caracterizado atualmente por um País em transição epidemiológico, devido ao aumento de doenças crónicas não transmissíveis em detrimento de doenças crónicas transmissíveis.

O doente gastrectomizado enfrentam modificações físicas, emocionais e de convívio social com a confeção da gastrectomia. Sua imagem corporal não é mais a mesma e não se enquadra nos padrões impostos pela sociedade.

Seus hábitos de vida sofrem alterações, como a alimentação e higiene. Seu psicológico, normalmente, encontra-se abalado, sentimentos como repugnância de si mesmo, desprestígio diante da sociedade, medo, insegurança, vergonha, inferioridade, depressão e autoexclusão podem emergir desta situação de limitações impostas. A família do utente também passa por situações de enfrentamento e adaptações nesse processo.

É nessa fase que entra o papel fundamental de enfermagem para dar todo o apoio psico-emocional a esse paciente. Em que o processo de educação para saúde para o autocuidado contribui para diminuir esse sofrimento psicológico que esse paciente viverá.

É Por isso que os enfermeiros têm que estarem preparados para acompanhar esses pacientes desde a entrada até a alta hospitalar. Os enfermeiros têm que ter uma relação entre o paciente e a família em que o mesmo tem que dar todo o tipo de apoio que vão necessitar nessa fase.

A equipa de enfermagem tem que estar preparada para cuidar desse paciente gastrectomizado não pela patologia, mas sim por todo o processo de saúde – doença que representa para o paciente e a família.

Durante o internamento desse utente o enfermeiro deve encorajá-lo a aceitar a responsabilidade sobre o autocuidado e promover instrumentos que venham ajudá-lo nessa tarefa.

A família é a base fundamental que o paciente vai se necessitar nesse novo estilo de vida. Se antes não necessitava de nenhum apoio e cuidado da família, mas nesse novo estilo de vida irá sentir necessidade do apoio e acompanhamento familiar.

Sendo assim, concretizar direção de enfermagem objetivando o esclarecimento das dúvidas será decisivo quando existir conhecimento/ preparo na abordagem do paciente no decorrer de todo o processo de mudança, a qual o mesmo está sujeito. Logo o paciente, quanto a sua família precisam de suportes para aceitação da doença (câncer gástrico), decisão a cerca das formas de tratamento que favorecem a sua recuperação.

O serviço de cirurgia deve estar preparado para receber estes tipos de pacientes em relação a material (seringa para alimentação) que as vezes falta. Os pacientes já estão fragilizados e se aperceberem da falta de material apropriado, ficam mais fracassados e deprimidos.

O paciente que irá ser submetido a uma gastrectomia deve receber um nível de informação adequado a respeito do procedimento ao qual será submetido, suas particularidades e possíveis complicações.

Tivemos a oportunidade de falar com 2 pacientes que foram submetidos a gastrectomia. Um deles estava internado na cirurgia e constatamos que, o mesmo tinha um grande apoio familiar e da equipa multidisciplinar, principalmente a de enfermagem.

Nas entrevistas aplicadas aos enfermeiros constatamos que todos tem uma noção de como cuidar de um doente gastrectomizado. Também que o processo de autocuidado é necessário esses pacientes, e o enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados tais como: alimentação, tipos de alimentos que serão introduzidos na sonda, como fazer a higiene na sonda, fazer curativo etc.

Pode-se dizer que os objetivos preconizados foram alcançados. Não foi fácil a elaboração deste trabalho; Inicialmente encontramos muitas dificuldades, nomeadamente as referências bibliográficas, visto ser um tema ainda, pouco explorado em Cabo-verde. Tivemos também, algumas resistências por parte dos enfermeiros para responderem às questões das entrevistas; Á sobrecarga relativamente ao ensino clínico mas, no fim, todas as barreiras foram ultrapassadas.

O estudo foi concluído com satisfação, permitindo a aquisição de novos conceitos desconhecidos, contribuindo assim para o desenvolvimento das competências tanto profissionais como pessoais.

Pretende-se com este estudo, instigar a reflexões e sensibilizar ou penetrar nas ideias, hábitos, maneiras de agir e de pensar dos profissionais, para a necessidade de reconstrução de novas praticas bem como a instituição das mesmas, para que melhorias ocorram em favor dos pacientes, pois estes têm direito de ser atendidos de acordo com as suas necessidades, recebendo uma assistência de enfermagem com qualidade.

Na verdade cuidar é muito mais que um ato, é uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade, e de envolvimento afetivo com o outro.

3.2 Propostas

Falar de um único trabalho sobre a Assistência de enfermagem ao doente gastrectomizado, a que repensasse futuros trabalhos a serem desenvolvidos com o foro de enriquecer o conhecimento científico, nisto propõe-se:

- ✓ Fazer um estudo sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem no apoio psicossocial do utente gastrectomizado;
- ✓ Fazer novos trabalhos sobre os cuidados de Enfermagem aos doentes gastrectomizado;
- ✓ Compreender quais as dificuldades dos utentes gastrectomizado na sociedade tendo em conta com a realidade Cabo-verdiana;
- ✓ Perceber qual o conhecimento dos enfermeiros acerca do processo de autocuidado ao doente gastrectomizado.

3.3 Referências Bibliográfica

- ABREU, W.C. (2008). *Transição e Contexto multiculturais: contributo para a anamnese e recurso aos cuidados informação*. Coimbra, Formasau.
- ALVES, E. (1999). “Pós-Operatório-Revista liga dos Ostomizados de Portugal”. Santa Maria da Feira, LPO, Out (43-49)
- ASSOCIAÇÃO, Oncológica, Portuguesa. (2011). *Cancro gástrico: linhas de consenso enfermagem para uma melhor intervenção*.
- BARTMANN, Mercilda (2010). *Enfermagem cirúrgica*. Rio de Janeiro. Senac Nacional
- BAGGIO, Ma; TEIXEIRA, A., PORTELLA, Mr. (2001). *Pré – Operatório do paciente cirúrgico: Orientação de enfermagem fazendo a diferença*. Ver Gaúcha Enfer.
- BLACK, Joyce; MATASSARIN, Jacobs, Ether. (2008). *Enfermagem médico-cirúrgico: uma abordagem psicofisiológico*. Rio Janeiro.
- BRADDLEY, El; ISAACS, J.; HERSCH, T. DAVIDSON Ed. E MILLIKON, W. (2000). *Nutritional consequence of total gastrectomy*.
- BULECHEK, Gm. e MECLOSKEY, Jc. (1985). *Nursing intervention: treatment for nursing diagnoses*, Philadelphia, Saunders.
- CESSARETTI, I.U.R; SANTOS, V.L.C.G; FILLIPIN, M.J. e LIMA, S.R.S. (2005). “ O Cuidado de enfermagem na trajetória de ostomizado: pré, trans e pós-operatório”. In V.L.C.G. Santos e Cessaretti, I.U.R. (Eds.), *Assistência em estomoterapia: cuidado do ostomizado*, São Paulo, Atheneu.
- CARVAJAL, S.H. e MULVIHILL, S. J. (1994). *Bast-gastrectomy syndromes: dumping and diarrhea*. Gastroenterol clin north AM.
- CISTERNAS, José, Raul e DOUGLAS, Carlos, Roberto (2004). *Fisiologia clinica do Sistema Digestório*. São Paulo, Tecmedd.
- COELHO, Ucilía, M.C (2008). *Mulher com cancro de mama em tratamento com quimioterapia: contributo para compreensão da qualidade vida*. Porto
- COIMBRA, Felipe (2012). *Saiba mais sobre gastrectomia*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf>. Acesso em: Novembro 2014.

- COSTA;CARRACA;SOFIA (2006). *Avaliação multifatorial da qualidade de vida em doentes gastrectomizado por cancro gastrico: estudo piloto de metade de avaliação. Jornal Portugues de Gastroenterologia. Vol 3,nº4*
- CURRAN, Ft (2002). *Faiture of Nutritions recovery ofter total gastrectomy*.BRJ, Surg.
- CHIZZOTTI,A (1991). *Pesquisa em Ciências Humana e Socias*,São Paulo, Corter.
- CHISTOFORO,B.E.R. CARVALHO,D.S.(2009). “ *Cuidado de enfermagem realizado ao paciente cirúrgico no período pré-operatório*. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Vol 43. São Paulo.
- DELGADO,M (2002). *Evaluacion nutricional en pacientes com gastrectomia total*. Nutr Hops
- DIAGNOSTICO- Enfermagem da Nanda: Definições e Classificação (2011), São Paulo,Artemed.
- FAITUCH, J. (2002). *Desnutrição no paciente Gastrectomizado*. Arq. Gastrented.
- FORTIN, Marie-Fabienne (1996). *O processo de Investigação: Da concepção a realização*. Lusociência.
- FORTIN; M.F. (2000). *O processo de Investigação*. Loures. Lusociência.
- GARCIA TR e NÒBREGA MML.(2009). *Processo de enfermagem: da teoria à pratica assistencial e de pesquisa*. Esc Anna Nery Ver Enferm. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf
- GAUTHIER,Jaques H. M.; CABRAL, Ivone E; Santos, Iraci dos; Tavares, Claudia M. (1998). *Pesquisa em Enfermagem Novas Metodologia Aplicadas*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A
- GREEN R. (1996). *Screening for vitamin B12 deficienty: caveat emptor*. Ann Intern Med.
- GIL. António, Carlos (2002). *Como Elaborar Projeto Pesquisa*.4ª Edição, São Paulo.
- GUIMARAES, HCQCP e BARROS ALBL (2011). *Classificação das Intervenções de enfermagem*. Ver Esc Enf USO. São Paulo, v. 35,n.2
- GUIVY, Raymond e CAMPEBITOUDT, Luce, Van (2003). *Manuel de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Gradiva.
- GRITTEM,L; MEYER, Mj e GAIEVICZ,Ap (2006). *Visita Pré-operatória de Enfermagem: Percepções do Enfermeiro de um Hospital de Ensino*.Cogitare Enferm.

- GUYTON, Arthur, C e HALL, John, E. (2011). Tratado de fisiologia Medica. São Paulo: Elsevier
- J. SILVEIRA, Sergio; ISABEL, Coutinho; SANDRE, Maques (2002). *Fundamentos de Patologia para técnica de saúde*. 1ª edição. Lusociencia.
- JAVIER, M.; LOARTE, A; PILCO, P. (2008). Evaluacion nutricional em paciente com gastrectomia total y parcial por adenocarcinoma gastrico. Ver Gastroenteral. Peru
- JURGEN, Schalmerech (2004). *Post- gastrectomy syndromes-diagnose and treatment. Best Practice & Research clinical Gastroenterology*.
- KATHLEEN, Mahan; SILVIA, Escoh (2008). *Krouse food & Nutrition Therapy. Medical Nutrition Therapy for cancer*, 12th Edition, Sunders Elsevier.
- KURIEN, M; MCALINDON, ME; WESTABY, D, SANDERS, DS (2010). Percutaneous endoscopy gastrostomy (PED) feeding BMJ.
- LINHARES, E; LOURENÇO, L. e SANO, T. (2005). *Atualização em câncer gástrico*. Ribeirão Preto, Tecmedd.
- LINHARES, EM; CORREIA, MM (1999). Câncer gástrico. Rio janeiro: Revinter
- MALGARRIGA, E.M (1999), “Valoración, información y seguimiento de enfermaria en el hospital al utente ostomizado. In. J.M. Ragui e Valenti, M.T. (Eds), Estomas: Valoracion, tratamiento y seguimiento”. Barcelona, Ediciones dayma.
- MARILYNN, E., Doenges; MARRY, Frances, Moorhouse; ALICE, C. Geissler (2000). *Plano de cuidados de enfermagem: Orientações para o cuidado Individualizado do Paciente*. 5ª edição.
- MEDONÇA, Roberta, X. GAGLIARDO, Luis, C; RIBEIRO, Ricardo (2008). “Câncer Gástrico: a importância da terapia nutricional. Saúde e Ambiente em Revista. Vol-3.
- MEYER, Jh. (1994). *Nutrition outcomes of gastric operations. Gastroenterol clin north*.
- MINICIS, M, Passik, R (2002) “ *câncer gástrico in minicius gastroenterologia e hepatopatia: Diagnostic e tratamento*”. 3ª Edição. São Paulo. Uma editorial.
- MONAHAM, Wilma; SANDS, K., Judith; NEIGHBORS, Marianne; Marek, f. Jane e GREEN, J, Coral (2010). *Enfermagem Médico-cirúrgico*. 8ª Edição, Usa, Editora Lusodidacta.
- NUNES, Renan e PIMENTA, Paulo, F (2008). “ *Anatomia Humana: Estomago*”. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf>. Acesso em: Outubro 2014.

- ODGEN, Jane, (2004). *Psicologia da saúde*. 2ª Edição. Lisboa, Climpis editores
- OTTO, S. (2000). *Enfermagem em Oncologia*. 3ª Edição, Lusociência.
- PAREDES, Tiago (2008) “ *Impacto da doença crónica na qualidade : comparação entre indivíduos da população geral e doente com tumor do aparelho locomotor*. *Psicologia, saúde & Doença*”. Vol 9, nº1
- PAPPINI, Berto; SILVA, Justino; BRRINI, Roberto, Carlos (2004). *Causas de desnutrição pós- gastrectomia*. Volume 38, nº4, ArqGastroenterol.
- PATRAO, I. e Leal, I. (2004). Abortagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*. P.53-73, disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf>
- PHIPPS, J. Wila, SANDS, K. Judith e MAREK, F. Jane (2003). *Enfermagem Médico Cirúrgico*. 6ª Edição, Loures, Editora Lusociência.
- PHIPPS, Wilma J. (2007). *Enfermagem médico cirúrgica: perspectivas de saúde e doença*. 8ª ed. Loures: Lusociência. Vol 3
- PIMENTAL, Francisco, L. (2003). *Qualidade de vida do doente Oncológico*. Porto
- POTTER, Patrícia, A. e PERRY, Anne. G. (2004). *Fundamentos de Enfermagem*. Rio Janeiro, Guanabara Kagon.
- POTTER, Perry (2006). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos*. 5ª Edição, Lusociência.
- QUEIROZ, Ana Albuquerque; MEIRELES, Maria Amelia; Cunha, Sara, Raquel (2007). *Investigar para compreender*. Loures. Portugal, Lusociência-Edições Técnicas e Científica
- QUEIRÓS, Paulo (2010)- Autocuidado, Transições e bem-estar. *Revista de Investigação em Enfermagem*. Nº 21
- RAMOS, Gas, Silva, Jdc , SAVIOLI Ap (2005). “ Assistência de enfermagem no pós-operatório ao paciente submetido a uma gastrectomia total”.
- RAVASCO, P., MONTEIRO-Grillo I; Marques P, CAMILO (2006). Qualidade de vida em doentes com cancro gastrointestinal: Qual o impacto nutrição. *Act Mad. Port.*
- RATY; SANDS J; LANTTO E ; NORDBACK (2006). Postoperative acute pancreatitis as a major determinant of postoperative delayed gastric emptying after pancreaticoduodenectomy j. *gastrointest. Surg*

- REPUBLICA, Cabo Verde, Ministério da Saúde. Relatório Estatísticos 2010. Praia 2011. Disponível em: www.minisaude.gov.cv/index.php? Option com documento. Acedido a: Novembro 2014
- ROBALO, Sara, Alexandra, B, M. (2006). O enfermeiro e as consequências do cancro gástrico. *Servic. Vol 54*
- ROBALO, Sara, Alexandra, B, M. (2005). Doentes submetidos a gastrectomia gástrica. *Nursing. Ano 16, nº21.*
- RODRIGO, JJ. (2002). Câncer do estomago: Aspetos atuais do diagnóstico e tratamento. 1ª Edição. São Paulo: Andrei Editora.
- ROTHROCK, Jane.c. (2008). *Cuidado de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. 13ª Edição, Lusodidacta.
- ROSA, R.D.D.; MARCIANO, E.C.V; ROCHA, F.E.S. (2007). “ A educação para saude na ótica do acedemico de Enfermagem. Belo –Horizonte.
- SANTOS, S.S.C; LUIS, M.A.V.A (2002). A relação de enfermeira com o paciente cirúrgico. Goiânia.
- SEMEDO, D.S.R.C. (2011). *Descrição e compreensão das vivências familiares de pessoas com doença oncológica e na identificação das dimensões do processo de resiliência, no contexto da realidade Cabo Verdiana*. Dissertação de Mestrado em Medicina (Saúde Publica) apresentada á faculdade de Medicina da Universidade de Cabo-Verde.
- SILVA, W.V.; NOKATA, S. (2005). “Comunicação uma necessidade percebida no período pré-operatorio do paciente cirúrgico. *VER.Bras- enferm. Vol 58, Brasília.*
- SILVA, E. (2005). Cuidados nutricionais no paciente gastrectomizado. *Revista de Nutrição Brazil. Vol.3, nº1*
- SCHAFFLER, Arne e NICOLE, Munche (2004). *Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem*, loures, Editora Lusociência.
- SHIRLEY, E.; OTTO, MSN, CRNI, AOCN (2000). *Enfermagem em Oncologia*. 3ª edição, Editora Lusociência.
- TONETO, M.G. (2004). Gastrectomia em pacientes idosos: analise dos fatores relacionados a complicações e mortalidade. *Rer Col Bras Cir*
- TAYLOR, Susan (2004). Teoria de défice de autocuidado de enfermagem. Loures: Lusociência.

- TYRVAINEM, T. (2008). *Quality of life in the long-Term survivors' after total gastrectomy for gastric carcinoma. Y surg oncol.*
- WATZBERG, D. (2004). “Dieta nutrição e câncer”. São Paulo. Athener.

3.4 Anexos

Anexo 1- Pedido de Autorização

Requerimento

A Comissão de Ética para parecer.
A Superintendência de Enfermagem para parecer e decidir autorização.
Dem. o consentimento da mãe para a realização da intervenção ao doente gastrectomizado.
03/03/2015

[Assinatura] 24/02/15

Exma. Senhora Directora
Hospital Dr. Batista de Sousa
Dra. Sandra Vasconcelos

Eu, Rilda Sofia Leston Soares, estudante do 4º ano de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, com nº de inscrição 2570, no âmbito do desenvolvimento do trabalho de conclusão do curso (TCC), cujo tema é “**Intervenção de Enfermagem ao doente Gastrectomizado**”, vem mui respeitosamente requerer a vossa excelência um pedido de autorização para consultar dados na instituição que dirige, também entrevistar os enfermeiros do Serviço de Cirurgia, e recolher informações pertinentes a pesquisa durante os meses de Março a Junho.

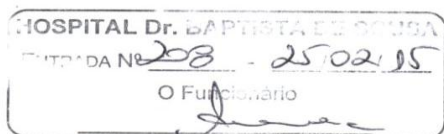
Aguardando uma resposta favorável, desejo-lhe os melhores cumprimentos.

Pede deferimento

Mindelo, Fevereiro de 2015

Rilda Sofia Leston Soares

Rilda Sofia Leston Soares



Autorizado pela comissão de Ética.
[Assinatura]
02/03/2015.

Anexo 2- Pedido de Autorização da Universidade do Mindelo



UNIVERSIDADE DO MINDELO

Sapientia Ars Vivendi



12 ANOS EM PROL DA SOCIEDADE DO CONHECIMENTO

**Exma. Senhora Directora
Hospital Baptista De Sousa
Dra. Sandra Vasconcelos**

Mindelo, 04 de Novembro de 2014

Assunto: Recolha de Dados para realização da Monografia do Final de Curso

A Coordenação do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, vem por este meio informar que no âmbito da Unidade curricular Seminários de Avançados de Enfermagem e Investigação Científica, integrado no 1º Semestre do 4º Ano do curso os discentes finalistas estão desenvolvendo os trabalhos de conclusão de curso (monografias).

Nesse sentido a Coordenação do Curso vem por este meio mui respeitosamente requerer a Vossa Exma. a autorização para realizarem a colheita de dados necessários a realização da investigação referente a monografia.

Em anexo o plano de distribuição dos referidos discentes nos campos clínicos bem como a lista dos diferentes temas de monografias e o respectivo orientador.

Em caso de alguma dúvida adicional não hesite em contactar via um dos contactos abaixo listados,

Grata pela atenção disponibilizada em prol da educação e formação da nova geração de enfermeiros de Cabo Verde.

A Coordenadora de Curso em enfermagem

**UNIVERSIDADE
DO MINDELO**

**Enf.ª Acelia Mireya Caceres
Universidade do Mindelo
Departamento Escola de Saúde**

Tel.: 2316810 / 2318515 - E-mail: mireya.caceres@uni-mindelo.edu.cv

Anexo 3- Termo consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Rilda Sofia Leston Soares, numero 2570, aluna do 4^a ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, estou a realizar uma investigação no âmbito do meu trabalho de Conclusão de Curso, gostaria de Convida-lo(a) a participar da pesquisa, cujo tema é Intervenção de Enfermagem ao Doente Gastrectomizado.

A sua participação é importante na medida em que, pretendo recolher informações através de uma entrevista com perguntas abertas.

Gostaria de esclarecer que a sua participação é totalmente voluntaria, podendo recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto lhe acarrete qualquer prejuízo.

Informo ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com maior absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Obrigada pela sua colaboração e disponibilidade.

Mindelo, ____ de _____ de 2015

A Pesquisadora

Rilda Soares

Anexo 4- Guião de Entrevista

Guião de Entrevistas para os enfermeiros de Cirurgia

No âmbito do Trabalho de Conclusão do Curso para obtenção do Grau de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade do Mindelo, solicito e agradeço a vossa participação numa entrevista com base neste guião se destina a conhecer as Intervenções de Enfermagem ao doente Gastrectomizado nesse serviço cirurgia.

A. Caracterização Geral

1. Sexo- Feminino ____ Masculino- ____
2. Idade- _____
3. Habilitações Académicas- _____
4. Anos Profissão- _____
5. Anos de Profissão no serviço cirurgia- _____

B. Cuidados de Enfermagem

1. Na tua opinião o que é um doente gastrectomizado?

2. Quia os cuidados pré-operatória a desenvolver na assistência ao utente que será submetido a uma gastrectomia?

3. Quais os cuidados pós-operatórios na assistência ao utente gastrectomizado?

4. Quais são as dificuldades na assistência ao utente gastrectomizado no serviço cirurgia?

5. Quais são as funções que desenvolve de modo a dar apoio psicológica ao utente gastrectomizado?

6. Alguma vez você observou algum utente com sinais de autorrejeição ou auto negação após ter sido submetido a gastrectomia?

- 7.** Como enfermeiro quais as estratégias utilizadas para a capacitação do utente gastrectomizado para o autocuidado?

- 8.** Quais são as principais complicações cirúrgicas observados nas assistenciais ao utente gastrectomizado?

Mindelo, _____, de _____, 2015

Anexo 5 – Cronograma das atividades a serem desenvolvidas ao longo do estudo

<u>F</u> <u>ase</u> <u>I</u> <u>ncial</u>	<u>At.</u> <u>Tarefa</u>	ut.	ov.,	ez.	an.	ev.	ar.	br.	ai.	uno	ulo.
	Tema										
	Pesquis a										
	P. Partida Justific ativa										
	Objetiv os										
	Hipótes e										
	Escolha Aborda gem										
	Constru ção de Problemática										
	Enquad ramento Teórico										
	Aprese ntação Projeto										
	Procedi mento Ético										

<u>F</u> <u>ase</u> <u>E</u> <u>xecuã</u> <u>o</u>	nici ar a Inve st.	T ipo pesqui sa										
		M étodo instru mento										
		P articip ante										
		C .Impiri co										
	Recolh a de Informação											
	Tratam ento Total											
	Aprese ntação Resultado											
	Interpre tação Resultado											
	Introdu ção											
<u>F</u> <u>ase</u> <u>E</u> <u>ncerra</u> <u>mento</u>	Consid eração final e propostas											
	Resum o											

	Entrega tcc ao orientador									5	
	Previsão e tradução									6	
	Entrega nos SAA										